



# **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ÁREA DE  
CIRUGÍA DEL INSTITUTO DEL CÁNCER SOLCA-CUENCA.**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**AUTORES:**

**ANDREA CAROLINA BERNAL OCHOA**

**PAOLA ISABEL GONZÁLEZ CÁCERES**

**DIRECTOR:**

**MST. SEBASTIÁN HERRERA**

**CUENCA-ECUADOR**

**2020**

## **DEDICATORIA**

*A Dios por ser el que lleva todos los planes en mi vida y ahora me permite esto,*

*A mi familia por la paciencia, el amor y el apoyo,*

*A mis amigos por la constancia, la luz y la felicidad,*

*A mi ángel del cielo, mi motivación principal para hacer esta tesis.*

*Paola Isabel González Cáceres*

*A Dios, quien supo guiarme por el buen camino, dándome las fuerzas para seguir*

*A mi familia, ya que por ellos soy quien soy,*

*por su apoyo, consejo, comprensión y amor*

*Y a mis amigos por acompañarme en el camino.*

*Andrea Carolina Bernal Ochoa*

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios y a la virgen por el amor y la protección,  
Por los caminos, los trayectos y las personas,  
Por la seguridad, los miedos y los aprendizajes,  
Y a los corazones llenos de luz y esperanza, nuestros pacientes.

*Andrea Carolina Bernal Ochoa y Paola Isabel González Cáceres*

## RESUMEN


La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes oncológicos tomando en cuenta las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, personas con las que vive, procedencia, tipo de tumor cirugía previa y nivel de dolor). Se realizó un estudio de carácter cuantitativo transversal de tipo descriptivo correlacional. Los participantes fueron 80 pacientes oncológicos de Solca-Cuenca, a quienes se administró la Escala de Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados mostraron que el 81.3% de pacientes del área de cirugía, presentaban ansiedad preoperatoria, así mismo se encontró que el 66.25% de los pacientes tenían sintomatología ansiosa una semana previa a la intervención quirúrgica.

**Palabras clave:** ansiedad preoperatoria, psicooncología, cirugía, psicología, cáncer, anestesia.

## ABSTRACT

This research aimed to determine the level of preoperative anxiety in cancer patients taking into account sociodemographic variables (age, sex, marital status, level of education, occupation, people with whom they live, origin, type of tumor, previous surgeries and level of pain). A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study was carried out. The participants were 80 cancer patients from Solca-Cuenca, to whom the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale and the Beck Anxiety Inventory were administered. The results showed that 81.3% of patients from the surgery area presented preoperative anxiety. It was found that 66.25% of patients had anxious symptoms one week prior to surgery.

**Keywords:** preoperative anxiety, psycho-oncology, surgery, psychology, cancer, anesthesia.



Translated by  
Ing. Paúl Arpi

# Índice de Contenidos

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE FIGURAS .....	XI
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: EL CÁNCER .....	3
1.1. HISTORIA DEL CÁNCER.....	3
1.2. ETIOLOGÍA .....	4
1.2.1. FACTORES INMUNITARIOS .....	4
1.2.2. FACTORES INFECCIOSOS .....	5
1.2.3. FACTORES FÍSICOS .....	5
1.2.4. FACTORES QUÍMICOS.....	6
1.2.5. FACTORES HORMONALES .....	6
1.2.6. FACTORES FAMILIARES .....	6
1.3 DIAGNÓSTICO.....	7

1.4	TRATAMIENTO .....	8
1.4.2	RADIOTERAPIA .....	10
1.4.3	ONCOLOGÍA MÉDICA.....	10
1.5	TIPOS DE CÁNCER .....	12
<input type="checkbox"/>	CÁNCER DE PIEL.....	12
<input type="checkbox"/>	CÁNCERES DE CABEZA Y CUELLO .....	12
<input type="checkbox"/>	CÁNCER DE TIROIDES .....	12
<input type="checkbox"/>	CÁNCER DE PULMÓN .....	12
<input type="checkbox"/>	CÁNCER DE ESTÓMAGO .....	13
<input type="checkbox"/>	CÁNCER DE MAMA .....	13
<input type="checkbox"/>	TUMORES GINECOLÓGICOS .....	13
	CÁNCER DE CÉRVIX .....	13
	CÁNCER DE OVARIO.....	13
	CÁNCER DE TESTÍCULO.....	14
	CÁNCER DE PRÓSTATA.....	14
<input type="checkbox"/>	LEUCEMIAS .....	14
<input type="checkbox"/>	LINFOMAS .....	14
1.6	EL ADULTO CON CÁNCER.....	15
1.7	FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL TIPO DE TUMOR .....	17
<input type="checkbox"/>	TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.....	17
<input type="checkbox"/>	EL CÁNCER DE MAMA.....	18
<input type="checkbox"/>	CÁNCER DE PULMÓN .....	19
<input type="checkbox"/>	LEUCEMIAS, LINFOMAS Y MIELOMAS .....	19
<input type="checkbox"/>	TUMORES PROPIOS DEL VARÓN.....	19
<input type="checkbox"/>	TUMORES GINECOLÓGICOS .....	20
1.8	PROCESO DE ADAPTACIÓN .....	20
1.9	CULTURA, ÉTICA Y CREENCIAS EN EL ENFERMO DE CÁNCER.....	23

CAPÍTULO II: ANSIEDAD PREOPERATORIA .....	25
2.1 ANSIEDAD .....	25
2.1.1 ANSIEDAD PREOPERATORIA .....	26
2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD ONCOLÓGICA.....	26
2.3 LA HOSPITALIZACIÓN .....	27
2.3.1 ANSIEDAD POR HOSPITALIZACIÓN: .....	28
2.4 LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA .....	29
2.4.1 REACCIONES PSICOLÓGICAS A LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA.....	30
2.5 PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN ONCOLOGÍA.....	33
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	34
3.1. TIPO DE ESTUDIO .....	34
3.2. OBJETIVOS.....	34
3.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	34
3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	34
3.3. ÁREA DE ESTUDIO .....	35
3.4. PARTICIPANTES.....	35
3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	35
3.5. MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: .....	36
3.5.1. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA .....	36
3.5.2. APAIS: THE AMSTERDAM PREOPERATIVE ANXIETY AND INFORMATION SCALE.....	36
3.5.3. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK .....	37
3.5.4. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA).....	37
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS .....	39
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	39



4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD.....	40
4.3. NIVELES DE ANSIEDAD.....	41
4.4. ANSIEDAD PREOPERATORIA SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	44
DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	51
CONCLUSIONES .....	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS .....	69
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
ANEXO 2: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA .....	71
ANEXO 3: ESCALA ÁMSTERDAM DE ANSIEDAD Y NECESIDAD DE INFORMACIÓN PREVIAMENTE A UNA INTERVENCIÓN (APAIS) .....	72
ANEXO 4: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI).....	73

## Índice de Tablas

Tabla 1 Característica de los participantes N=80 .....	39
Tabla 2 Característica de los participantes (Enfermedad).....	41
Tabla 3 Correlaciones entre instrumentos (Concurrencia).....	43
Tabla 4 Distribución de la ansiedad de Beck y el APAIS en pacientes oncológicos .....	43
Tabla 5 Ansiedad preoperatoria según sexo .....	44
Tabla 6 Ansiedad preoperatoria según edad.....	44
Tabla 7 Ansiedad preoperatoria según residencia .....	45
Tabla 8 Ansiedad preoperatoria según años de estudio .....	46
Tabla 9 Ansiedad preoperatoria según estado civil .....	46
Tabla 10 Ansiedad preoperatoria según personas con las que vive.....	47
Tabla 11 Ansiedad preoperatoria según actividad laboral .....	48
Tabla 12 Ansiedad preoperatoria según cirugías previas con anestesia general .....	48
Tabla 13 Ansiedad preoperatoria según nivel de dolor.....	49
Tabla 14 Ansiedad preoperatoria según tipo de tumor .....	50

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Niveles de ansiedad.....	42
<b>Figura 2</b> Dimensiones de ansiedad preoperatoria .....	42

# INTRODUCCIÓN

La ansiedad podría definirse como la manifestación de un estado emocional en el que el individuo se siente y se describe como inquieto, nervioso, tenso, atemorizado o excesivamente preocupado por temas concretos o incluso indefinidos. Quien la padece puede experimentarla tanto físicamente como psíquicamente y está asociada a importantes manifestaciones somáticas (Meseguer, 2003).

A lo largo de los años se han planteado algunas definiciones del cáncer. Una de las más utilizadas expone que: “El cáncer es un grupo de enfermedades que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula que evoluciona de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma indefinida y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no hay un tratamiento efectivo” (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

Ante el diagnóstico de cáncer, el paciente tiene que pasar por varios procedimientos como los exámenes previos a una toma de conducta. En algunos casos el paciente es idóneo para recibir intervención quirúrgica, ya sea antes o después de recibir un tratamiento oncológico. Probablemente, el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía; esto es, mientras se encuentra esperando para ser intervenido. Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia (Carapia, Mejía, Nacif, y Hernández, 2011).

La intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respecto, conducen al estrés psicológico de manera importante (López A. B., 2008). Sin embargo, la ansiedad que se genera en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico es un malestar psíquico y físico que nace de la

sensación de peligro inmediato y se caracteriza por temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, de hecho, puede ser una característica constitucional de la personalidad del paciente. Incluso, análisis previos han demostrado que en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos desde una semana antes del procedimiento. Otros factores asociados a la ansiedad incluyen el tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario y la calidad de la atención médica proporcionada (Estrada, Beltrán y Barzaga, 2006).

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes oncológicos tomando en cuenta las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, cirugía previa, personas con las que vive, nivel de dolor, lugar de procedencia y tipo de tumor).

En los siguientes capítulos se abordará sobre el cáncer, su historia, etiología, diagnóstico, tratamiento, factores psicológicos asociados al tipo de tumor y el proceso de adaptación del enfermo con cáncer. Además, se mencionará la ansiedad preoperatoria, la cirugía oncológica, la hospitalización, las manifestaciones clínicas de la ansiedad y la prevalencia de la misma. Luego se realizará la aplicación y evaluación de los diferentes test (APAIS y BAI). A continuación, se detallará la metodología empleada teniendo en cuenta que se trata de un estudio de carácter cuantitativo transversal de tipo descriptivo correlacional. Posteriormente, tendremos el análisis de resultados obtenidos; finalmente, se realizará la discusión de los resultados comparando con investigaciones similares.

# CAPÍTULO I: EL CÁNCER

## 1.1. HISTORIA DEL CÁNCER

En el año de 1800 el diagnóstico de cáncer era asociado a muerte. Al carecer de una causa o cura para este diagnóstico, en la mayoría de casos se atribuía a una posesión demoniaca. Se creía que cuando comunicaban este diagnóstico al paciente, era algo cruel e inhumano debido a que el enfermo perdía toda esperanza, por lo que se limitaban a informar a los miembros de la familia (Holland, 2002). En el mismo tiempo se fundó el primer centro privado oncológico conocido como *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*. Luego, en 1937 se creó el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU. En 1948, Faber informó los primeros casos de remisiones temporales de leucemia aguda infantil (Ibañez y Soriano, 2008). A partir de esto, comenzó una búsqueda activa de nuevos fármacos quimioterapéuticos, logrando la primera cura con quimioterapia en la década de 1950. Con estos nuevos tratamientos, se empezó a reducir el pesimismo y a estimular un nuevo interés sobre los efectos a largo plazo del cáncer. Durante estos años, el único apoyo psicológico formal para pacientes con cáncer era a través de grupos de apoyo con otros pacientes que ya habían pasado por las mismas o similares situaciones (Cruzado, 2003). En 1955 el grupo psiquiátrico del Hospital General de Massachusetts, realizaron los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento.

Así comienza a desarrollarse la disciplina que hoy llamamos Psicooncología, para que finalmente logre constituirse como área independiente. Durante los últimos años ha existido una demanda creciente por incorporar diferentes profesionales de la salud mental como psiquiatras, psicólogos, entre otros, a diferentes áreas del hospital en general para atender diferentes necesidades de los pacientes por efectos colaterales de la enfermedad y sus tratamientos. La presencia del psicólogo, en particular se debe a la alta prevalencia de

trastornos psiquiátricos en este entorno, como: trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, delirium (Sadock y Alcott, 2008) (Cassem y Bernstein, 1998). Estos generan un alto deterioro en la calidad de vida de los pacientes, problemas en sus interrelaciones, rechazos a los diferentes tratamientos y falta de adherencia al mismo.

## **1.2. ETIOLOGÍA**

En la célula originaria una serie de transformaciones producidas por una exposición a determinados factores de riesgo o etiológicos van a provocar la proliferación incontrolada de aquella y el origen de una neoplasia. En nuestro organismo hay diferentes factores que controlan el crecimiento celular y existen otros encargados de la apoptosis. La formación de una neoplasia supone un desbalance entre los factores de crecimiento y los de destrucción, lo que conduce al crecimiento desmesurado de un clon celular (Díaz y García, 2000). Se distinguen tres etapas fundamentales en la oncogénesis que son iniciación, promoción y progresión. Cada una de estas etapas son el resultado de cambios en los mecanismos moleculares que gobiernan el crecimiento y la diferenciación celular normal. El término neoplasia significa nuevo crecimiento. Las células neoplásicas tienen una capacidad mayor de proliferación que la de los tejidos normales (Baider, 2003). Las causas del cáncer son numerosas, entre las principales están:

### **1.2.1. Factores inmunitarios**

En condiciones normales, algunas células del sistema inmune ayudan en el reconocimiento y destrucción de células aberrantes. Alteraciones en la inmunidad en los pacientes impiden la destrucción de estas células extrañas del organismo, favoreciendo así su

proliferación. En las inmunodeficiencias adquiridas como el SIDA, infecciones, enfermos trasplantados, existe un mayor riesgo de enfermedad neoplásica que en la población normal (Sirera, Sánchez y Campos, 2006).

### 1.2.2. Factores infecciosos

Determinados virus y parásitos están involucrados en la oncogénesis:

- Virus de Epstein-Barr (VEB): está implicado en carcinomas nasofaríngeos y en el linfoma de Burkitt también hay indicios de asociación con la enfermedad de Hodgkin y con el carcinoma laríngeo.
- Papiloma virus humano (PHV): están relacionados con el cáncer de la cavidad oral y la faringe, pero la principal influencia es en el cáncer de cérvix.
- Virus del herpes simple 1 y 2 (VHS 1-2): el tipo 1 se relaciona con una fracción de tumores faríngeos y el tipo 2 con cáncer de cérvix.
- Virus de hepatitis B y C: las hepatitis crónicas por ambos virus están relacionadas causalmente con la hepatocarcinoma.
- Retrovirus: entre ellos el más significativo es el virus de la inmunodeficiencia humana que se relaciona con el sarcoma de Kaposi y con linfomas no Hodgkin (León, Bosques y De Jesús, 2005).

### 1.2.3. Factores físicos

Las inflamaciones crónicas y por cuerpos extraños (prótesis), y los traumatismos repetidos, actúan induciendo la proliferación celular aumentando así la posibilidad de transformación neoplásica. Hay otros factores que actúan directamente provocando



alteraciones sobre el ADN, alterando su replicación y favoreciendo a la aparición de neoplasias. Este es el mecanismo de acción de los rayos solares ultravioleta en personas que exponen excesivamente al sol desarrollando cáncer de piel y melanomas (Jiménez y Paniagua, 1998).

#### 1.2.4. Factores químicos

Hay carcinógenos orgánicos e inorgánicos que intervienen en procesos industriales y afectan por tanto a determinados grupos de trabajadores. El tabaco es el carcinógeno más estudiado; se estima que uno de cada siete casos de cáncer es atribuible al tabaco, no solo para los fumadores sino también para los fumadores pasivos (Oller y Sanz, 2012).

#### 1.2.5. Factores hormonales

El inicio precoz de las relaciones sexuales y la promiscuidad, incluida la multiplicidad de compañeros sexuales, así como un número alto de embarazos, se han relacionado con cáncer de cérvix. La menarquia precoz y la menopausia tardía pueden estar relacionados con el cáncer de mama y del endometrio. También la edad tardía del primer embarazo puede favorecer el cáncer de mama (Hernández, Apresa y Patlán, 2015).

#### 1.2.6. Factores familiares

Las características genéticas heredadas, modificadas por influencias ambientales u otros carcinógenos externos, pueden contribuir a la aparición y progresión de un cáncer.

- Cáncer de mama familiar: comprende entre un 5 y un 10% de todos los cánceres mamarios, la mayoría son debidos a mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2.

- Síndromes de neoplasias endocrinas múltiples (MEN): son debidos a alteraciones en los cromosomas 10 y 11 y a la consiguiente pérdida de genes reguladores, originándose tumores de glándulas endocrinas como el tiroides, la hipófisis, las paratiroides y las suprarrenales (Palacios, González y Zani, 2015).

### **1.3 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de los distintos tipos de cáncer será inicialmente clínico, con una historia detallada y una exploración física minuciosa. Seguirá un estudio con medios auxiliares de laboratorio (hematología y bioquímica de sangre, orina, hormonas, marcadores tumorales), métodos físicos (radiología convencional, tomografía axial, resonancia magnética, entre otros), y métodos instrumentales (endoscopias digestivas, urológicas, bronquiales, etc.) dependiendo del caso, la localización y estado del paciente (López y Hernández, 2016). Con todos estos métodos usándolos de forma secuencial y priorizándolos por importancia o necesidad, se llegará a una sospecha diagnóstica más o menos cierta. Sin embargo, el único diagnóstico cierto de un cáncer que nos autorice a hacer un tratamiento adecuado, solo se puede obtener mediante estudios microscópicos: citología, histología, biología molecular que se obtiene mediante la biopsia del tejido tumoral. De esta manera brindará un análisis histopatológico en base el cual clasificaremos el estadio del tumor de acuerdo con su extensión con el método TNM: T es el tamaño del tumor; N, el estado de los ganglios regionales; M, las metástasis a distancia, así se podrá aplicar el tratamiento oportuno (Ospina, Huertas, Montaña y Rivillas, 2015).

## 1.4 TRATAMIENTO

El tratamiento óptimo del cáncer es multidisciplinario en el que intervienen las distintas especialidades médicas oncológicas. Las armas más eficaces para tratar son: la cirugía las radiaciones y el tratamiento clínico o sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, terapias específicas en auge como inmunoterapia). Deben establecerse protocolos terapéuticos elaborados por distintos especialistas, a los que se unirán los patólogos, los radiólogos y otros. Aquellos casos que no cumplan los requisitos del protocolo serán discutidos por un comité y éste elaborará el plan terapéutico (Hernández y Cella, 2016).

### 1.4.1 Cirugía

La cirugía oncológica es una rama de la oncología general y una sub especialización de la cirugía general, es por ahora el arma terapéutica más eficaz para la cura, o el intento de cura, de los distintos cánceres. Aproximadamente un 70% de los pacientes con tumor sólido van a requerir una actuación quirúrgica, algunas con fines diagnósticos y la mayor parte terapéuticas (cura, mejorar la funcionalidad) (Correa et al., 2016).

- Cirugía diagnóstica: puede ir desde una punción hasta una laparotomía o craneotomía, pasando por un gran número de procedimientos para obtener una muestra de tejido tumoral y conseguir un diagnóstico cierto (Bentivegna et al., 2019).
- Cirugía clasificadora: para valorar la extensión y biología del tumor y poder aplicar el tratamiento más efectivo, como por ejemplo la mediastinoscopia y la biopsia.
- Cirugía preventiva: actúa sobre las lesiones precancerosas ya sean quistes, nódulos o sobre las que tienen potencialidad de malignización, como las mastectomías o hysterectomías.

- Cirugía curativa: se hace con intento curativo llamado “cirugía radical” nombre erróneo pues es un intento curativo puede no ser radical como el tratamiento conservador del cáncer de mama (Pacheco y Canales, 2017).

- Cirugía reductora, de comprobación y de tumor residual: tienen su máxima aplicación en el cáncer de ovario y tumores germinales. En estos casos se puede extirpar la mayor parte posible de masa tumoral, reduciendo su volumen para conseguir un mayor efecto de la quimioterapia (Laffita y Fleites, 2016).

- Cirugías de las recidivas: puede conseguir curaciones adicionales en tumores tratados. Tiene su mayor expresión en la resección de recidivas tras tratamiento conservador del cáncer de mama y en recidivas de tumores cutáneos y de las partes blandas y de órganos internos.

- Cirugía de las metástasis: está indicada en las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal y en las pulmonares de sarcomas. (Hem et al., 2019).

- Cirugía paliativa: las obstrucciones digestivas, urológicas o respiratorias pueden aliviarse por métodos quirúrgicos para conseguir la prolongación de vida con calidad. Colostomías, nefrostomías, traqueotomías y otras derivaciones son cirugías paliativas, así como la extirpación de tumores ulcerados y sangrantes, de cáncer colorrectales obstructivos y los procedimientos quirúrgicos para aliviar el dolor, disminuir un síntoma o una función (Gutiérrez et al., 2017).

- Cirugía reconstructiva: se puede hacer al tiempo de la cirugía de resección o de forma diferida. Son procedimientos que deben ofrecerse al paciente para recuperar una función o una estética.

#### 1.4.2 Radioterapia

La base de la acción biológica de las radiaciones se debe a su capacidad de producir radicales libres que actúan ocasionando roturas en enlaces de moléculas biológicas, entre las que la más sensible es el DNA. Todo ello redunda en una inactivación celular o en lesiones más o menos reparables. Esta puede ser radical con intento curativo indicada en tumores de alta o moderada sensibilidad a las radiaciones o complementarias de la cirugía se puede usar de forma pre, intra o postoperatoria para disminuir el riesgo de recidiva local o regional pues tiene la capacidad de destruir focos residuales subclínicos. Otra modalidad es la paliativa, de corta duración y dosis moderadas (García, Rodríguez y Gómez, 2016).

- Radiación externa: es la más usada, se emplea un haz de radiación producido por un isótopo radiactivo, el cobalto 60 (acelerador lineal) que emite radiación gamma (Zonana et al., 2016).
- Braquiterapia: introducción en algunas cavidades orgánicas o en la misma masa tumoral, de fuentes de radiación a corta distancia.
- Radioterapia intraoperatoria: necesita de una cirugía de ayuda para poder aplicarse (Algara, 2016).

#### 1.4.3 Oncología médica

Consiste en la utilización de sustancias químicas o biológicas para actuar sobre los distintos cánceres de forma sistémica. Este es un tratamiento de primera línea en algunos casos como leucemias, linfomas y otros, y complementario de la cirugía y/o de la radioterapia en otros muchos. Son diversos los modos y técnicas que usa la oncología médica para tratar los distintos tipos de cáncer (Arana y Luna, 2019).

La quimioterapia consiste en la administración de fármacos que impiden la reproducción de las células malignas. Dentro de las formas de aplicación de la quimioterapia tenemos:

- Quimioterapia adyuvante: se administra a pacientes después del tratamiento inicial, cuando el doctor estima de que hay un riesgo alto de que el cáncer pueda retornar, apunta a la destrucción de las células cancerígenas ocultas que aún permanecen y son indetectables, cuando una cirugía no alcanzó una resección total del tumor.
- Quimioterapia neoadyuvante: es administrada como primera alternativa terapéutica, antes del procedimiento quirúrgico para intentar reducir el tamaño del cáncer, de manera que el procedimiento quirúrgico no tenga que ser tan extenso.
- Quimioterapia de inducción: es administrada para inducir una remisión, generalmente en enfermedades hematológicas.
- Quimioterapia de consolidación: se administra una vez que se logra la remisión. El objetivo es mantener la remisión, al igual que la quimioterapia de inducción esta es muy utilizada en enfermedades hematológicas.
- Quimioterapia de mantenimiento: es administrada en dosis menores para ayudar a prolongar una remisión, se usa únicamente para determinados tipos de cáncer, comúnmente leucemias linfocíticas agudas y leucemias promielocíticas agudas.
- Quimioterapia paliativa: se administra específicamente para controlar los síntomas sin esperar que reduzca el cáncer de manera significativa (García, Rodríguez y Gómez, 2016).

La quimioterapia produce efectos secundarios, algunos leves y otros graves, estos pueden ser temporales o permanentes. Pueden aparecer alteraciones digestivas (mucositis, vómitos, diarreas), mielodpresión, miocarditis, fibrosis pulmonar, nefritis, cistitis, alopecia, pigmentación cutánea y otras (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

## 1.5 TIPOS DE CÁNCER

Los cánceres pueden surgir en cualquier órgano del cuerpo, aunque algunos sitios son más afectados frecuentemente que otros, entre los más comunes tenemos (Pardo y Cendales, 2018 ).

### ❖ Cáncer de piel

Se presenta con mayor frecuencia en la población blanca provocado por la radiación solar ultravioleta por lo que generalmente ocurre en las áreas más expuestas al sol como: cabeza, cuello y manos (Lobos y Lobos, 2011).

### ❖ Cánceres de cabeza y cuello

Constituyen el 10% de todas las neoplasias y se presentan más comúnmente en la cavidad oral, en la laringe, glándulas salivares. Los tratamientos más frecuentes son la cirugía y radioterapia (Schwartz y Schwartz, 2018).

### ❖ Cáncer de tiroides

Es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino y pueden presentarse como un nódulo. Este tipo de cáncer afecta más a las mujeres entre 25 y 65 años. (Schmidt, Cross y Pitoia, 2017).

### ❖ Cáncer de pulmón

Ocurre cuando hay un crecimiento exagerado de células malignas en este órgano puede generar metástasis si es que no se diagnostica a tiempo y tiene una alta tasa de mortalidad. El tabaco es la causa principal de la aparición de este tipo de cáncer, el humo de tabaco que contiene una concentración elevada de carcinógenos pasa directamente al aire y es inhalado por los fumadores y no fumadores (Muñoz y Sánchez, 2017).

### ❖ Cáncer de estómago

Es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo, es una de las principales causas de muerte, ocupa el tercer lugar en los hombres y el cuarto lugar en las mujeres. El tumor suele diseminarse a los órganos adyacentes como el hígado o al páncreas (Correa y Cuello, 2017).

### ❖ Cáncer de mama

Se desconocen sus causas exactas, pero se presenta algunos factores de riesgo como edad avanzada, historial familiar o mutaciones BRCA 1 y 2 (gen supresor de tumores humano), se puede presentar tanto en hombres como mujeres, pero es más común en las mujeres y generalmente es descubierto por la misma o por su médico. Posee una alta tasa de curación si se detecta en etapas tempranas (Martín, Herrero y Echavarría, 2015).

### ❖ Tumores ginecológicos

#### Cáncer de cérvix

El cáncer de cuello uterino es la primera o segunda neoplasia más frecuente en las mujeres entre los 48 y 52 años y su progresión comienza por el estroma y de allí a las estructuras adyacentes (Zambrano, Alvarez, Casagualpa y Buitrón, 2018).

#### Cáncer de ovario

Estos tumores tienden a crecer con rapidez y suelen alcanzar gran tamaño antes de que sean advertidos, con frecuencia se detecta cuando este ya se ha expandido a la pelvis y el abdomen. El diagnóstico temprano es difícil puesto que los síntomas iniciales son vagos (Menon, Karpinskyj y Gentry, 2018).



### Cáncer de testículo

El cáncer testicular es poco frecuente en comparación con otros, es fácilmente tratable, incluso cuando se ha propagado más allá del testículo, la etiología del cáncer de testículo es prácticamente desconocida. No hay evidencia que existan factores genéticos o traumas físicos que directamente lo originen.

### Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es uno de los tipos más frecuentes de cáncer en los hombres, usualmente crece lentamente permanece limitado a la glándula prostática en sus principios, reduce la posibilidad de un daño grave (Ochoa, Ossa, Toro, González y Pérez, 2016).

#### ❖ Leucemias

Es el cáncer de los tejidos que forman la sangre como la médula ósea y el sistema linfático. Según su agresividad se clasifica en dos grupos: aguda y crónica. Estos a su vez de acuerdo al origen de la clona de la célula progenitora leucémica se dividen en mieloides y linfoides (Atienza, 2016).

#### ❖ Linfomas

Es un tipo de cáncer del sistema linfático que comprende los ganglios linfáticos (glándulas linfáticas), el bazo, el timo y la médula ósea. No se conoce con seguridad la causa del linfoma, pero existen algunos factores de riesgo como la edad, ser hombre y tener un sistema inmunitario afectado. Comienza cuando un glóbulo blanco que lucha contra la enfermedad, llamado linfocito, desarrolla una mutación genética, esta causa que la célula se multiplique rápidamente y produzca muchos linfocitos enfermos que continúan

multiplicándose. Existen muchos tipos de linfoma. Los principales subtipos son: Linfoma de Hodgkin y Linfoma no hodgkiniano (Luna et al., 2014).

## **1.6 EL ADULTO CON CÁNCER**

La experiencia subjetiva de perder algo muy valioso, es lo primero que suele recordar el adulto cuando se le interroga acerca de lo que supuso el diagnóstico de cáncer y los tratamientos posteriores. Perder la vida es la percepción más inmediata que viene a la conciencia del enfermo en cuanto el médico informa de la enfermedad (Mazur, 2015). Dentro de las experiencias inmediatas que el cáncer evoca entre los adultos cuando enferman tenemos:

- Pérdida de identidad: el adulto deja de sentirse y valorarse a sí mismo como lo hacía antes de concebirse como enfermo; los síntomas, la hospitalización, los tratamientos, entre otros, repercuten negativamente cuestionando el concepto que cada uno tiene de sí mismo y de lo que podía soportar (Augugliaro, 2015).

- Pérdida de control: cuando las consecuencias de la aplicación de los tratamientos oncológicos en relación con la propia salud no dependen de las acciones voluntarias que el enfermo puede llevar a cabo, sino que quedan fuera de la capacidad de acción del individuo, este siente tal vez por primera vez pérdida del control de los acontecimientos (Córdoba, Camacho, Miranda y Gómez, 2017).

- Pérdida de las relaciones: hace referencia a las personas que permanecen cuando se enteran de la situación del enfermo pero que evitan darse cuenta y acompañar el estado subjetivo de sufrimiento o de malestar del enfermo. Que la persona más querida, se haga el

valeroso con optimismo, pero tapando o no compartiendo estados emocionales del enfermo genera en este aislamiento emocional y de pertenencia (Barbieri, 2015).

- Pérdida de experiencias sexuales en el futuro: en adultos sexualmente activos de cualquier edad y con independencia de los tratamientos oncológicos administrados, suele aparecer el temor a no resultar tan atractivo como antes, o a sentir vergüenza de mostrar el cuerpo con cicatrices, ostomías o alteraciones permanentes de la piel o el miedo a que en situaciones de intimidad la pareja sienta algo por lo que evite el contacto (Martínez et al., 2014).

- Pérdida de la imagen de sí mismo: la autoimagen está en parte derivada de la retroalimentación que las personas significativas emocionalmente transmiten al paciente. Pacientes con tumores de cabeza y cuello, pacientes con ostomías o con amputaciones, ven empeorada su imagen, llegando en los casos más graves a evitar el contacto social cambiando el estilo de vida. El rol de los que rodean al enfermo en estas circunstancias es decisivo para fomentar en el afectado una mínima adaptación (Hernández, Almonacid y Garcés, 2014).

- Pérdida del estilo de vida: la interrupción transitoria de los hábitos de vida solo ocasiona malestar intenso en pacientes cuyo apoyo social es escaso y tienen otros a su cargo dependiendo directamente de ellos, como familias monoparentales, o adultos que viven solos (Cucarella, 2013).

- Pérdida de la capacidad de procreación: en cánceres ginecológicos y de testículo, los tratamientos podrían afectar por castración química o extirpación de órganos

reproductores. Cuando una pareja se ha formado otorgando a la procreación un valor central, los esfuerzos que ambos han de realizar para adaptar sus criterios de pareja o de paternidad a una realidad diferente como puede ser la adopción, implican un proceso de cuestionamiento de ideas o prioridades y de reestructuración cognitiva y emocional (Belber, Valencia y De la Viuda, 2018).

- Pérdida del proyecto vital o de futuro: algunos adultos ven su carrera profesional truncada por no competir en el momento necesario que coincide en mitad de los tratamientos, o ven sus planes de disfrutar de una segunda o tercera vivienda anulados, debido a que no pueden contar tras la enfermedad con los medios económicos que contaban antes de ella (Cerón, Aguilar y Sánchez, 2007).

- Pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones: los adultos que con mayor énfasis se habían construido o aferrado a unas pautas de vida rígidamente, valorando mucho los convencionalismos sociales, económicos o incluso geográficos, suelen expresar su intenso malestar por perderse esa íntima y reforzante convicción que habían tenido de ser como todo el mundo antes de la enfermedad (Corral y Febrero, 2007).

## **1.7 FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL TIPO DE TUMOR**

### **❖ Tumores de cabeza y cuello**

Las personas con tumores en cabeza y cuello presentan alteraciones en su imagen corporal, sus relaciones interpersonales y su autoestima. Estas deformidades producidas, ya sea por la cirugía, la radiación o por el mismo crecimiento tumoral, suelen generar ansiedad,

tristeza y algunas deficiencias como: alteraciones en la voz, incapacidad para articular palabras, dificultades para deglutir y respirar; esto sumado a los desagradables olores que desprenden algunos tumores crea sentimientos de rechazo que los desmoralizan y culpabilizan a su entorno. Estos pacientes enfrentan un enorme aislamiento social y una gran ansiedad debido al temor de enfrentar su realidad. La ansiedad puede ser un estado general que trae consigo complicaciones durante el tratamiento y sobre todo en el periodo preoperatorio. Episodios depresivos son comunes y puede existir hostilidad hacia el cirujano considerándolo como el causante del daño sufrido. La personalidad es sumamente importante ya que su capacidad para adaptarse a las dificultades será la misma para enfrentar su enfermedad (Lozano, Cupil, Alvarado y Granados, 2011).

#### ❖ El cáncer de mama

Genera respuestas psicológicas relacionadas con aspectos íntimos de la feminidad, la imagen corporal, sexualidad y la maternidad. El impacto psicológico es enorme debido a que la mama es un órgano con gran carga afectiva. Una de las primeras preguntas realizadas por la paciente es si perderá o podrá conservar la mama. La deformidad física interfiere en el establecimiento de relaciones íntimas, esto se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes sin pareja estable. Los pacientes sufren vergüenza de padecer la enfermedad o por la ausencia de la mama y se da un deterioro emocional debido a los efectos secundarios del tratamiento tales como: cansancio, náuseas, vómito y el aislamiento de sus seres queridos.

El impacto psicológico de perder una mama o parte de ella y padecer una enfermedad genera varias reacciones y afecta su autoestima en especial en mujeres que basan su autoconcepto en el físico (Martínez et al., 2014).

### ❖ Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón tiene una tasa de supervivencia baja por el hecho de que tiene un rápido desarrollo por lo que el diagnóstico es tardío. Un paciente diagnosticado buscando adaptarse pasa por una serie de reacciones como: ansiedad, depresión, ira, culpa, negación, etc. La atribución causal interna a la acción voluntaria de fumar es una de las respuestas cognitivas más frecuentes. (Corral y Pérez, 2007).

### ❖ Leucemias, linfomas y mielomas

El diagnóstico y su tratamiento desestructuran la vida del paciente y la de su entorno ya que se enfrentan a grandes cambios como: pérdidas del trabajo, cambios en su imagen corporal, pérdida de la independencia, los efectos secundarios del tratamiento y de la confrontación con la muerte. Prolongadas hospitalizaciones, interrupción significativa de actividades y limitaciones para relacionarse incluso con el entorno familiar primario. Entre las alteraciones psicológicas en mayor porcentaje están los trastornos de ansiedad, de adaptación y depresión (Martelo, 2012)

### ❖ Tumores propios del varón

Los tumores propios del hombre son: cáncer de testículo, próstata y pene. Los pacientes con el diagnóstico de uno de esos tipos de tumores lo experimentan con un nivel de estrés emocional alto por lo que se presencia de ira, ansiedad, depresión, negación, es muy común y sus miedos están relacionados a la muerte, incapacidad, sufrimiento y sexualidad.

En los cánceres genitales la preocupación más grande está relacionada con la sexualidad y algunas de sus dudas con respecto a esto son: impotencia, esterilidad, contagios, etc. El

profesional debe brindar toda la información para despejar los prejuicios, dudas y mitos que presenta el paciente. Los pacientes jóvenes con cáncer en su testículo se ven más afectados debido a que tienen proyectos de formar una familia y de llevar una vida sexual activa. La mutilación de los testículos o el pene es vivida por el hombre como un daño corporal que afecta su identidad e integridad (Ayuso y Cabello, 2017).

#### ❖ Tumores ginecológicos

Estos son de endometrio, ovarios, cérvix y vulva, en su gran mayoría no se presentan síntomas hasta que se encuentran en estadios avanzados por ello se debe realizar exámenes de rutina periódicamente ya que esto permite una detección temprana. Los tratamientos utilizados generan cambios hormonales, reproductivos, sexuales, alteraciones psicológicas y sociales. Durante el tratamiento inicial ya sea por los efectos secundarios o factores psicológicos el deseo sexual se ve afectado por la administración de hormonas o por depresión. La infertilidad es otro aspecto que afecta de sobremanera a estas pacientes, ya que muchos tratamientos impiden la posibilidad de un embarazo y esto genera depresión, ansiedad, negación, culpa, ira, etc (Crespo, 2004).

### **1.8 PROCESO DE ADAPTACIÓN**

La enfermedad del cáncer se ha categorizado como un malestar crónico que histórica y culturalmente se ha asociado al dolor y a la muerte. Debido a esto, el momento del diagnóstico resulta un fuerte impacto a nivel emocional para el paciente y su familia, por lo que, en general, toma tiempo que la persona asimile y acepte la situación que está viviendo y se someta al tratamiento sugerido por el médico (Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005). Esta enfermedad

repercute no sólo en la persona que ha sido diagnosticada, sino también, en todo su entorno familiar, social y también laboral, independiente del tipo de cáncer que padezca (Holland y Lewis, 2000).

Al momento que el paciente es diagnosticado de cáncer, dentro de las primeras ideas que se le viene a la mente es la posibilidad de morir, algo que previo al diagnóstico no se había imaginado.

El cáncer, en la mayoría de sus casos es experimentado como una de las situaciones más difíciles de atravesar por el conjunto de factores estresantes que involucra. Llega repentinamente a alterar muchos aspectos de la vida cotidiana, tanto del paciente como de su círculo social más cercano. Dentro de las reacciones que se pueden observar están: el shock que ocurre en el primer momento, donde el paciente no es capaz de entender la situación que está atravesando, el sentirse ansioso, incrédulo, desalentado entre otros pensamientos y sentimientos son frecuentes y considerados parte del proceso para una adaptación normal (Jacobsen et al., 2005).

Durante la enfermedad oncológica, el paciente experimenta un duelo ineludible, concibiendo el duelo como un proceso de adaptación ante las pérdidas, no sólo referidas a la salud, algunas también concernientes con la pérdida de estabilidad, seguridad, control y del rol que desempeñaba dentro de su familia, cambios en su rutina diaria, en su ambiente laboral o social, entre otros. Se ha evidenciado y debido a esto es importante recalcar, que la pérdida de control, llega a ser para el paciente una de las experiencias más desestabilizantes y desestructurantes (Porcelli y Sonino, 2007).

El duelo oncológico es considerado un proceso normal, saludable, adaptativo y necesario, caracterizado por un primer período donde suele surgir una sensación o estado de aturdimiento y negación (Schofield et al., 2003). Durante este periodo comúnmente se escucha



*“esto no puede estar sucediéndome a mí” “se deben haber equivocado”*. Muchos buscan segundas opiniones esperanzados en la posibilidad de que exista un error en el diagnóstico.

En todo este proceso, hay momentos que se experimentan con mayor intensidad, como al inicio del tratamiento, está caracterizado por miedo y duda, esto en algunos casos es percibido como verdadero terror, llegando a ser paralizante en ciertas ocasiones. El temor, es una de las emociones que se presenta comúnmente durante todo el tratamiento e incluso después de este (Muñoz, Breitbart y Holland, 2005). Por lo general, se presenta miedo a la muerte, miedo a los efectos secundarios, a las reacciones que pueden presentar los miembros de su entorno familiar, social y laboral; a los cambios en su esfera sexual, al cambio en su identidad personal y corporal, al no tener seguridad de lo que va a ocurrir con su vida y al miedo a las posibles recaídas después de haber concluido el tratamiento (Robert, Álvarez y Valdivieso, 2013).

Es común que la persona con cáncer presente mayor labilidad emocional, lo cual se evidencia a través de la pena, tristeza y en cambios emocionales; estos suelen presentarse con ansiedad, angustia, sentimientos de soledad y desesperanza, lo que muchas ocasiones llega a confundirse y diagnosticarse como una depresión clínica o un trastorno psicopatológico (Holland y Lewis, 2000).

Entre otras manifestaciones emocionales adaptativas el enfermo con cáncer generalmente siente furia, ira y enfado, además de sentimientos de soledad. Se puede evidenciar una propensión al aislamiento (Burgess et al., 2005). Generalmente, los familiares del paciente refieren que este se encuentra muy irritable. Estas, son expresiones de la furia y frustración que provoca el estar bajo la tensión que implica tener una enfermedad crónica y compleja como lo es el cáncer (Levenson, 2009).

Finalmente, se presenta un período en el que el paciente reconoce y acepta la enfermedad. Esto puede ocurrir durante el tratamiento, pero debe tomarse en cuenta que estas

etapas vienen y van, por lo que es de esperarse que pueda ocurrir una regresión a los temores o sentimientos experimentados en las primeras etapas del proceso adaptativo (Osborn, Demoncada y Feuerstein, 2006). Conforme el paciente empieza a sentirse más seguro, sereno, tranquilo y va conociendo los procesos del tratamiento, las reacciones de su cuerpo provocadas por los medicamentos y a la par, va desmitificando creencias erróneas acerca del diagnóstico de cáncer, le resulta más fácil adaptarse a su enfermedad y por ende a su tratamiento (García, Ibáñez y Durá, 2008).

La adaptación y la aceptación es un proceso, no lineal, constructivo, en el que las emociones tienen parte y que se reestructura en función de cada etapa de la enfermedad.

## **1.9 CULTURA, ÉTICA Y CREENCIAS EN EL ENFERMO DE CÁNCER**

Los patrones de comportamiento aprendidos, las creencias y los valores compartidos de individuos pertenecientes a un determinado grupo social hacen referencia a la cultura esta provee una identidad y un marco de referencia para interpretar y comprender las experiencias. El significado y la interpretación que cada persona le da a una enfermedad, están influidos por actitudes y variables culturales que se transmiten de una generación a otra (Huang y Shen, 2016).

El cáncer supera todas las fronteras ya que es una enfermedad asociada con el sufrimiento, dolor, temor y muerte, esto hace que se traspase todas las barreras culturales que separan a la humanidad; no obstante, el paciente con diagnóstico de cáncer afronta a la enfermedad y su tratamiento de diferente manera según su grupo cultural, las causas a las que se le atribuye la enfermedad también se diferencian de un paciente a otro. Los pacientes que pertenecen a sociedades tradicionales, tienden a desarrollar dependencia en niveles elevados, en este tipo de cultura se presenta una fuerte identificación familiar lo que ayuda a que el paciente desarrolle un menor sentido de responsabilidad personal por la enfermedad. En

familias donde gobierna la autonomía, el paciente tiende a actuar de manera independiente con respecto a su enfermedad (Gajardo y Urrutia, 2017). Las causas exactas del cáncer no han sido definidas y por esto los pacientes oncológicos buscan por sí mismo las causas de la enfermedad, intentando disminuir la ansiedad por la incertidumbre; un paciente con cáncer al no disponer de la información adecuada sobre su enfermedad crea sus propias teorías y estas dependerán de su cultura. Desde la ética oncológica podemos resaltar que hay muchas decisiones que deben ser tomadas en relación con los diferentes tratamientos y opciones terapéuticas, teniendo en cuenta aspectos culturales y religiosos. En la relación médico- paciente es muy importante la confidencialidad, el derecho a la verdad, y el consentimiento informado (Suárez, Ramos, García y González, 2017).

## **CAPÍTULO II: ANSIEDAD PREOPERATORIA**

### **2.1 ANSIEDAD**

Todas las personas experimentan un grado moderado de ansiedad en diferentes ámbitos de la vida diaria, siendo una respuesta adaptativa es decir es parte de la existencia humana. La ansiedad es un tema que posee gran importancia en la psicología, aunque su incorporación es tardía ya que empezó a tratarse en 1920 y abordada desde distintas perspectivas (Moreno, Krikorian y Palacio, 2015). Marckland y Hardy (1993), definen la ansiedad como “una condición emocional transitoria consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, temor y elevada actividad del sistema nervioso autónomo. Esta condición varía en fluctuaciones y grado de intensidad a través del tiempo”.

La ansiedad se caracteriza por su semejanza al miedo; sin embargo, difiere de este último ya que el miedo es una sensación desagradable que se presenta ante estímulos existentes y la ansiedad está relacionada con la antelación de riesgos futuros, imprecisos e inesperados. Hasta cierto punto estos podrían considerarse mecanismos de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Gálvez, Méndez y Martínez, 2005).

El carácter anticipatorio de la ansiedad es su característica más llamativa, posee la capacidad de predecir o señalar la amenaza o peligro para el individuo, por lo que le concede un valor funcional importante, también posee una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta que tiene el individuo, siendo considerada un mecanismo biológico adaptativo de defensa y conservación; sin embargo, si la ansiedad sobrepasa las medidas de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones que podrían considerarse patológicas en el individuo,

tanto a nivel emocional como funcional por el grado de perturbación e interferencia (Guerrero, Prepo y Loyo, 2016).

### **2.1.1 Ansiedad preoperatoria**

La ansiedad que se origina en el paciente por el acto anestésico-quirúrgico se considera un malestar tanto psíquico como físico y emerge de la sensación de un peligro inmediato caracterizado por un temor difuso, que puede ir desde la inquietud y llegar al pánico. En estudios previos se ha evidenciado que en las personas que van a someterse a una cirugía, la ansiedad puede presentarse desde una semana antes. Dentro de los factores relacionados tenemos el temor a la hospitalización, el tipo de cirugía que va a realizarse y la atención médica (Doñate, Litago, Monge, y Martínez, 2015).

La ansiedad puede provocar un aumento de la percepción del dolor en el postoperatorio, necesidad de dosis elevadas de analgésicos y, por lo tanto, que su hospitalización se alargue más de lo esperado. Por estas razones, es importante evaluar y prevenir la ansiedad en pacientes que se someterán a una intervención quirúrgica (Ortiz, Wang, Elayda, y Tolpin, 2015).

## **2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD ONCOLÓGICA**

Es conocido que la ansiedad podría ser parte del proceso oncológico. En los enfermos con cáncer se deben evaluar las causas de la ansiedad, por el esquema cognitivo que está ligado al proceso de su enfermedad. Dentro de las causas psicológicas más frecuentes de los síntomas ansiosos está la percepción de proximidad a la muerte; el temor al final que tenga la enfermedad y los mitos asociados a la misma; alteraciones emocionales como el anticipo del sufrimiento del enfermo y de su familia, represión ya que se les dificulta poder expresar correctamente los sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de no poder controlar lo que le pasa;

dificultades sociales de carácter económico, familiar e interpersonal; crisis espirituales y existenciales; y complicaciones del medio como pueden ser el exceso o privación de estimulación, el aburrimiento, percepción de la pérdida de control vital, la carencia de cuidados o la sobreprotección familiar. Mucho de los tumores de localización cerebral, tumores secretores de hormonas o de síntesis hormonal, son los que más se encuentran relacionados con la generación de alteraciones afectivas y de ansiedad (Maté, Hollenstein y Gil, 2004).

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad son:

- ❖ Conductuales: se caracteriza por insomnio, hiperactividad, conductas repetitivas y necesidad de huida o escape.
- ❖ Físicas: debido a la hiperactividad del sistema nervioso simpático se producen ciertas manifestaciones físicas como: dificultad para respirar, taquicardia, desvanecimientos, visión borrosa, problemas digestivos, náuseas, disminución de la libido, amenorrea y dismenorrea en la mujer, dolor de cabeza, temblores y pensamientos concurrentes amenazadores (Ramírez, Castellanos y Moreno, 2016).
- ❖ Cognitivas: a nivel cognitivo la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar caracterizado por sentimientos de miedo, tensión, preocupación, aprensión, inseguridad, anticipaciones de eventos negativos, autovaloraciones negativas, dificultades tanto para la concentración como para el recuerdo. (Flores, Chávez y Aragón, 2016)

## **2.3 LA HOSPITALIZACIÓN**

A continuación, se describen algunos hitos del proceso oncológico que, según estudios previos, podrían ser generadores de ansiedad.

La hospitalización constituye un factor que demanda preocupación en la vida del enfermo con cáncer, debido a que implica una pérdida de intimidad, exposición a otros enfermos, cambios en modelos habituales de conducta, alimentación, inactividad y la ausencia de distractores que abren la puerta a múltiples preocupaciones. Los principales problemas son la ansiedad y el temor que provoca la hospitalización y la intervención quirúrgica. El miedo puede generar dos reacciones negativas en los pacientes, algunos se comportan de forma agresiva y otros tienden más a la evitación, por lo que podría dificultar el momento de tomar una decisión sobre la modalidad de tratamiento que van a seguir y la correcta comprensión de la información médica. Una vez culminada la intervención, dependiendo del tipo de cirugía a la que se sometió, el paciente se enfrentará a nuevos desafíos: a) cambios subjetivos que son el resultado de la cirugía y la amenaza de su enfermedad oncológica, pérdida inicial de la movilidad, alteraciones de la imagen corporal y alteraciones emocionales (pensamientos de victimización, baja autoestima, desánimo, soledad); b) variaciones en los roles valorados por la alteración de actividades que eran características de su rol por ejemplo, el cuidado de los hijos, actividades de ama de casa, ser el sustento económico del hogar); c) cambios en el manejo de la enfermedad crónica, en la mayoría de casos que requieren de un tratamiento posterior a la cirugía como la quimioterapia, radioterapia o tratamientos hormonales (Cruzado J. , 2010).

### 2.3.1 Ansiedad por hospitalización:

La ansiedad generada durante la hospitalización tiene dos orígenes básicos: la real que es generada por la propia enfermedad; y la situacional que resulta del desconocimiento del entorno hospitalario y de los profesionales de la salud. Presenta subjetivamente tres variantes:

- ❖ Ansiedad confusional: esta se genera cuando el enfermo experimenta una sensación de incertidumbre al encontrarse en un lugar y con personas extrañas para él, desconocer lo que le está pasando o el tipo de procedimiento al que se va a someter.
- ❖ Ansiedad paranoide: se refiere a la actitud de desconfianza hacia los demás. El enfermo duda de los profesionales que están a cargo de su salud, de la precisión de las pruebas y de la efectividad del tratamiento.
- ❖ Ansiedad depresiva: dentro de esta el paciente adopta una actitud de pesimismo, desamparo o soledad originado por la enfermedad, por lo que tienden a aislarse de su rutina diaria y del ambiente que los rodea (Castro, 2015).

## **2.4 LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

El papel curativo de la cirugía en el cáncer empezó hace aproximadamente cien años, es la forma más antigua de tratamiento del cáncer.

La cirugía constituye una de las experiencias más temidas en la vida. Incluso las intervenciones quirúrgicas consideradas menores por los especialistas pueden evocar fuertes reacciones psicológicas (Correa et al., 2016). Los cirujanos han de poder distanciarse y defenderse emocionalmente de la dificultad que supone realizar intervenciones quirúrgicas con el fin de poder llevarlas a cabo, lo cual dificulta su capacidad para empatizar con la gravedad percibida por el enfermo. Otro aspecto a considerar es la diferencia en el lenguaje que emplea el cirujano y el paciente, esto puede aumentar los niveles de ansiedad ya que no existe una adecuada comprensión sobre el procedimiento. A pesar de todo ello, la mayor parte de las veces los cirujanos son conscientes de las necesidades psicológicas de los enfermos como resultado de su interacción con ellos, suelen producirse fuertes sentimientos de transferencia. El cirujano puede suscitar en el enfermo reacciones similares a las asociadas con figuras significativas del



pasado, debido a que se produce un desplazamiento o una proyección hacia figuras de autoridad. Ello explica los fuertes sentimientos ya sea de admiración o afecto y algunas reacciones hostiles y agresivas hacia su especialista (Granados y Herrera, 2010).

Para algunas personas se les hace difícil mantener el equilibrio emocional cuando van a entrar en el quirófano, pues se ven enfrentadas a los temores a la anestesia y al procedimiento quirúrgico en sí mismo, el postoperatorio, sus posibles complicaciones, limitaciones y disfuncionalidades que puedan resultar de la intervención. Las fantasías evocadas en anticipación al procedimiento quirúrgico no suelen ajustarse a la realidad. Por lo tanto, la cirugía oncológica puede constituir uno de los eventos más importantes en la vida de una persona enferma (Rodríguez, Mayo, Fanning, y Coronado, 2016).

#### **2.4.1 Reacciones psicológicas a la cirugía oncológica**

La cirugía, en la mayoría de casos, es una de las formas preferidas por los pacientes como tratamiento de su enfermedad. Dentro de las ventajas que presenta, es su limitación de tiempo, debido a que, no se extiende por periodos prolongados como en el caso de otras terapias antineoplásicas. Otra de sus ventajas es que proporciona alivio inmediato del dolor y de otros síntomas físicos que pudiera padecer el enfermo. En ciertos casos el hecho de que un tumor maligno sea operable, significa que la enfermedad está localizada y que una vez que se extirpe este tumor, desaparecerá la enfermedad (Quintero et al., 2017).

Por lo tanto, muchas veces la cirugía oncológica aporta una sensación de limpieza y de seguridad con respecto a la enfermedad maligna. A pesar de lo mencionado anteriormente, no se debe desestimar el gran impacto psicológico de la cirugía ni el temor que genera someterse a ella.

Dentro de las reacciones psiquiátricas y psicológicas más frecuentes antes, durante y después de la cirugía tenemos:

Periodo preoperatorio: la adaptación emocional viene relacionada con diferentes factores. En primer lugar, ciertas variables médicas influyen en la reacción emocional como: el tamaño, la extensión y la diseminación del tumor.

Dentro de otras variables que influyen, están: el significado que el paciente atribuye a su diagnóstico, su estabilidad emocional, capacidad de afrontamiento a situaciones estresantes y la relación con su cirujano.

El funcionamiento psicológico premórbido adquiere gran importancia en tanto en cuanto influye en la adaptación post operatoria, sobre todo el historial personal de la enfermedad tiene un fuerte impacto haciendo que las respuestas psicológicas sean diferentes. A veces los enfermos rechazan procedimientos quirúrgicos cuando algún pariente cercano no tuvo un resultado exitoso con la cirugía. Por todo ello, las reacciones de los enfermos ante el tratamiento quirúrgico solo se pueden encontrar en su historia personal (Gaona y Contento, 2018).

Según la práctica clínica, se ha observado que el nivel de ansiedad que experimenta el paciente no está relacionado con lo que el equipo médico considera que es la gravedad de la enfermedad. En algunas ocasiones, la ansiedad guarda más relación con las experiencias vividas por el paciente o con antecedentes personales y familiares.

Algunas de las preocupaciones que evoca la cirugía según Strain y Grossman (1975) son: temores a la pérdida de control y a la muerte mientras están bajo el efecto de la anestesia; sensación de amenaza al sentido de vulnerabilidad personal; separación del entorno familiar y de la misma familia; temor a despertar parcialmente durante la cirugía; preocupación de que se está confiando la propia vida a un extraño y miedos al daño corporal.

El miedo y la ansiedad son reacciones comunes y apropiadas ante una inminente cirugía. El temor suele ser respecto al miedo a la mutilación y la muerte. Respecto a la ansiedad, la experiencia de esta en determinados niveles adaptativos previo a la cirugía es necesario, pues promueve lo que se ha descrito como trabajo de preocupación necesario para lograr una adaptación emocional postoperatoria adecuada (Ojeda y Barbón, 2015).

El temor a la anestesia surge del miedo a la pérdida de control. Algunos enfermos temen revelar algunos secretos bajo el efecto anestésico o al despertar.

Al ingresar al ambiente hospitalario previo a la cirugía, según estudios se demuestra que la persona siente una pérdida de la identidad personal, debido a que tiene que cambiarse de atuendo por una bata hospitalaria, se les suele llamar por el número de habitación al que fue designado y la renuncia a joyas u otros accesorios personales (Gordillo, Arana y Mestas, 2011).

Un aspecto que influye en la actitud del paciente hacia la cirugía es la forma en la que percibe a las diferentes partes del cuerpo, es decir, la importancia que otorga a cada una de ellas y que está establecida por factores personales, culturales, educativos e idiosincráticos. Es muy común considerar el corazón y el cerebro como los órganos más importantes. La intervención quirúrgica en el cerebro suele considerarse el individuo más dramática que la cirugía del hígado, a pesar de que ambos son órganos vitales. Otros órganos como el páncreas pueden permanecer relativamente silentes en la mente de la persona. La ansiedad evocada por una circuncisión puede ser mayor que la que precede a una esplenectomía, aunque esta última sea más complicada quirúrgicamente. Para algunas mujeres que se han de someter a una mastectomía, la pérdida de la mama puede ser en ese momento más difícil de sobrellevar que el mismo diagnóstico de cáncer.

Así pues, es comprensible que también los temores que genera la cirugía de los diferentes órganos afectados variarán significativamente. Por ejemplo, ante la resección de un tumor cerebral, el temor expresado con mayor frecuencia suele ser el miedo a perder la

capacidad cognitiva, lo que comúnmente se describe como “quedarse como un vegetal”, mientras que ante intervenciones en otros órganos puede predominar el temor a la deformidad, a la incapacidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias, pérdidas funcionales o a la muerte (Carapia, Mejía y Nacif, 2011 ).

Un factor importante a la hora de proponer a un paciente una intervención quirúrgica es su capacidad para dar consentimiento informado, que en algunas ocasiones puede estar comprometida, debido a que los mismos niveles elevados de ansiedad que suelen generar la consulta médica y la información que se está recibiendo suelen inhibir la capacidad para comprender y asimilar toda la información que se le está dando acerca de la intervención.

## **2.5 PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD EN ONCOLOGÍA**

En un estudio realizado por Salamea (2014), en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca determinó que la prevalencia de ansiedad prequirúrgica fue de 89,72% .

Otro estudio realizado por Salamea y Espinoza en el año 2016 en el hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca determinó que la prevalencia de ansiedad prequirúrgica fue de 64%, siendo mayor en los siguientes grupos: pacientes de sexo masculino 68,8%; solteros 77,6%; pacientes con trabajo al momento de la cirugía 71,9% (Salamea y Espinoza, 2016).

Un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca por Orellana (2014), demostró que la prevalencia de la ansiedad preoperatoria fue del 71.4% y el deseo de información sobre el procedimiento tanto quirúrgico como anestésico fue del 66.4% .

Existen estudios como el realizado por Barrilero y colaboradores (2013), en el que se observó que el 20% de los pacientes manifestó ansiedad preoperatoria, además llegaron a la conclusión de que las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres. Se observa que a mayor edad existe un menor grado de ansiedad .

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo de estudio**

Se trata de una investigación de carácter cuantitativo transversal debido a que los fenómenos se observarán y se analizarán en el ambiente natural y en un periodo específico del tiempo.

El alcance del estudio es descriptivo correlacional ya que se medirá y se recogerá información de manera independiente sobre la ansiedad preoperatoria y relacionaremos la misma con las diferentes variables sociodemográficas propuestas.

### **3.2. Objetivos**

#### **3.2.1. Objetivo General**

Determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes oncológicos del instituto de cáncer SOLCA-Cuenca en un periodo comprendido entre octubre y noviembre.

#### **3.2.2. Objetivos específicos**

- ❖ Evaluar los niveles de ansiedad previos a la intervención quirúrgica.
- ❖ Relacionar las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, cirugía previa, personas con las que vive) con los niveles de ansiedad experimentados.
- ❖ Identificar la correlación entre la ansiedad y el tipo de tumor.

### **3.3. Área de estudio**

La investigación se llevó a cabo en el Instituto del cáncer SOLCA en pacientes oncológicos que estaban próximos a realizarse una intervención quirúrgica.

### **3.4. Participantes**

Los participantes de la investigación fueron 80 adultos de 18 años en adelante del Instituto SOLCA de la ciudad de Cuenca. Se establecieron 5 grupos de edad de 18-29 años, 30- 49 años, 50-69 años, 70-75 y 76 en adelante. Se tomó en cuenta el género, años de estudio, estado civil actual, personas con las que vive, actividad que desarrolla actualmente, si ha sido sometido anteriormente a una cirugía, lugar de procedencia, intensidad de dolor experimentado por el paciente y tipo de tumor.

#### **3.4.1. Criterios de inclusión y exclusión**

##### ***3.4.1.1. Criterios de Inclusión***

- ❖ Pacientes que se encuentran en un rango de edad de 18 años en adelante.
- ❖ Pacientes oncológicos.
- ❖ Pacientes que se realizarán una intervención quirúrgica en el instituto SOLCA-Cuenca.

##### ***3.4.1.2. Criterios de Exclusión***

- ❖ Pacientes menores de 18 años.
- ❖ Pacientes en etapa terminal del cáncer.
- ❖ Pacientes con tumor cerebral.

### **3.5. Método e instrumentos para la recolección de la información:**

#### **3.5.1. Encuesta sociodemográfica**

Mediante este instrumento recogimos datos de los participantes, dentro de la información recogida se incluyó: género, edad, años de estudio, estado civil, actividad que realiza actualmente, personas con las que vive y cirugías previas, lugar de procedencia, intensidad de dolor experimentado por el paciente y tipo de tumor (Anexo 2).

#### **3.5.2. APAIS: The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale**

En 1996, el grupo holandés de Moermann desarrolló la escala APAIS un autocuestionario de 6 ítems y es, por lo tanto, un instrumento económico. La escala fue diseñada específicamente para anestesia y evalúa el nivel de ansiedad e información en el estado preoperatorio y ha demostrado adecuada validez y confiabilidad. Los dos primeros ítems se relacionan con ansiedad por anestesia, el 4 y 5 con ansiedad por cirugía y la suma que se considera parte de la ansiedad preoperatoria puede variar de 4 a 20 puntos, se consideran pacientes ansiosos quienes presentan puntajes iguales o mayores a 11. Los ítems 3 y 6 se refieren a la información de anestesia y cirugía respectivamente dando una puntuación total entre 2 y 10; los pacientes con puntajes iguales o mayores a 5 puntos requirieron información adicional. Los elementos se clasifican en una escala Likert de cinco puntos con los polos finales "en absoluto" (1) y "extremadamente" (5). La escala  $\alpha$ -Cronbach es aceptable (0.8) y cuenta con una validez de 0,74 (Vergara, 2016). (Anexo 3)

### **3.5.3. Inventario de Ansiedad de Beck**

A través del inventario de ansiedad de Beck se logró evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa, está diseñado para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada (Galindo, Rojas y Meneses, 2015).

El BAI es un instrumento de autoinforme de 21 ítems, cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana incluyendo el día en que completa el instrumento, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). Tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63, las puntuaciones del inventario pueden interpretarse de la siguiente forma: 0-7, nivel mínimo de ansiedad; 8-15, ansiedad leve; 16-25, ansiedad moderada; 26-63, ansiedad grave. La escala  $\alpha$ -Cronbach es aceptable (0.82), así como una validez convergente mayor a (0,50) (Sanz, García y Fortún, 2012). (Anexo 4)

### **3.5.4. Escala visual analógica (EVA)**

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros (Vicente, Delgado, Bandrés y Capdevilla, 2018).



### **3.6. Procedimiento**

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional en el que se determinó el nivel de ansiedad preoperatoria, teniendo en cuenta variables sociodemográficas como: género, años de estudio, estado civil actual, personas con las que vive, actividad que desarrolla actualmente, si ha sido sometido anteriormente a una cirugía, lugar de procedencia, intensidad de dolor experimentado por el paciente y tipo de tumor.

Para la investigación se requirió de la autorización del paciente mediante el consentimiento informado (Anexo 1), en el que nos concedieron proceder con la aplicación de la encuesta sociodemográfica, la escala APAIS y el inventario BAI en SOLCA-Cuenca en un periodo comprendido entre octubre y noviembre.

La encuesta sociodemográfica se elaboró tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente, se aplicaron los test psicológicos a los pacientes, comenzando por The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, el cual se utilizó para evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria; y mediante el Inventario de Ansiedad de Beck se valoró sintomatología ansiosa de la última semana.

El procesamiento de la información se la realizó en el programa estadístico SPSS 25, los resultados se expresaron mediante medidas de tendencia central y dispersión y la clasificación mediante frecuencias absolutas y porcentuales, el comportamiento de los datos resultó ser no normal según la prueba Kolmogorov Smirnov ( $p < .05$ ), por lo que se empleó la prueba no paramétrica U-Mann Whitney para la comparación entre dos grupos y la prueba rho de Spearman para establecer correlaciones, las decisiones se tomaron con una significación de 0.05

## Capítulo IV: ANALISIS DE RESULTADOS

### 4.1. Características generales

El estudio fue realizado con 80 pacientes oncológicos del área preoperatoria del instituto de cáncer SOLCA de la Ciudad de Cuenca, fueron 57 mujeres (71.3%) y 23 hombres (28.8%), todos mayores a 18 años; en su mayoría pertenecientes a la región sierra (73.8%), con estudios primarios y secundarios (73.8%) y con un estado civil de unión de hecho y casado (63.8%), además el 50% mencionó vivir con su pareja e hijos. Aproximadamente la tercera parte de pacientes señaló que tenía actividades laborales, el 61.3% no tenía actividades remuneradas (sin actividades laborales y quehaceres domésticos) y el 8.8% restante se dedicaba a otras cosas. Los detalles se pueden ver en la tabla 1.

*Tabla 1 Característica de los participantes N=80*

Característica		N	%
Sexo	Hombre	23	28.8
	Mujer	57	71.3
Edad	18-29	2	2.5
	30-49	17	21.3
	50-69	44	55
	70-75	9	11.3
	76 en adelante	8	10
Residencia	Costa	17	21.3
	Sierra	59	73.8
	Oriente	4	5.0

Años de estudio	Sin estudios	6	7.5
	Estudios primarios	34	42.5
	Estudios secundarios	25	31.3
	Estudios universitarios	15	18.8
Estado civil	Soltero	12	15.0
	Unión de hecho	6	7.5
	Casado	45	56.3
	Separado	2	2.5
	Divorciado	5	6.3
	Viudo	10	12.5
Personas con las que vive	Solo	5	6.3
	Pareja	13	16.3
	Hijos	15	18.8
	Padres	4	5.0
	Pareja e hijos	40	50.0
	Otros miembros	3	3.8
Actividad laboral	Laboralmente activo	24	30.0
	Quehaceres domésticos	26	32.5
	Sin actitud laboral	23	28.8
	Otros	7	8.7

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

#### **4.2. Características de los pacientes con respecto a la enfermedad**

Los tumores presentes en la cabeza y cuello y de mama, eran los más frecuentes; los tumores en mama se presentaron en el 38.6% del total de mujeres, aproximadamente

las tres cuartas partes de pacientes habían tenido alguna cirugía previa y el nivel de dolor según la escala de EVA de una cantidad similar de personas era leve, los detalles se pueden observar en la tabla 2.

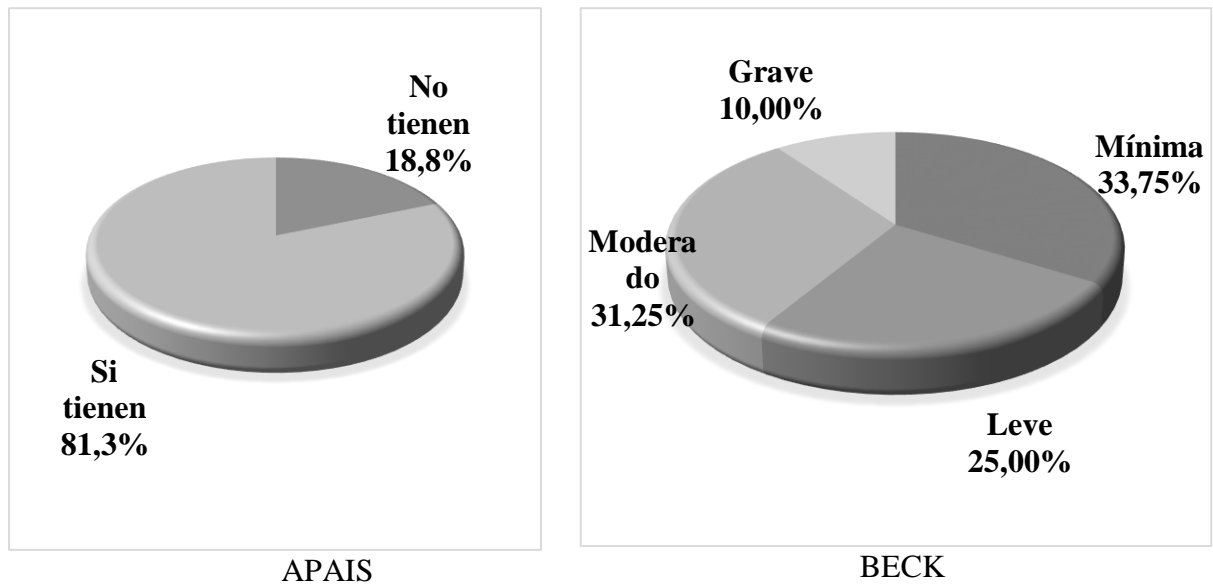
*Tabla 2 Características de los participantes (Enfermedad)*

Característica		N	%
Cirugías previas bajo anestesia general	No	21	26.3
	Si	59	73.8
Nivel de Dolor	Leve	59	73.8
	Moderado	15	18.8
	Grave	6	7.5
Tipo de tumor	Cabeza y cuello	22	27.5
	Gastrointestinales	20	25.0
	Genitourinarios	12	15.0
	Mama	22	27.5
	Linfomas	1	1.3
	Melanoma	1	1.3
	Sarcoma	2	2.5

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

### **4.3. Niveles de ansiedad**

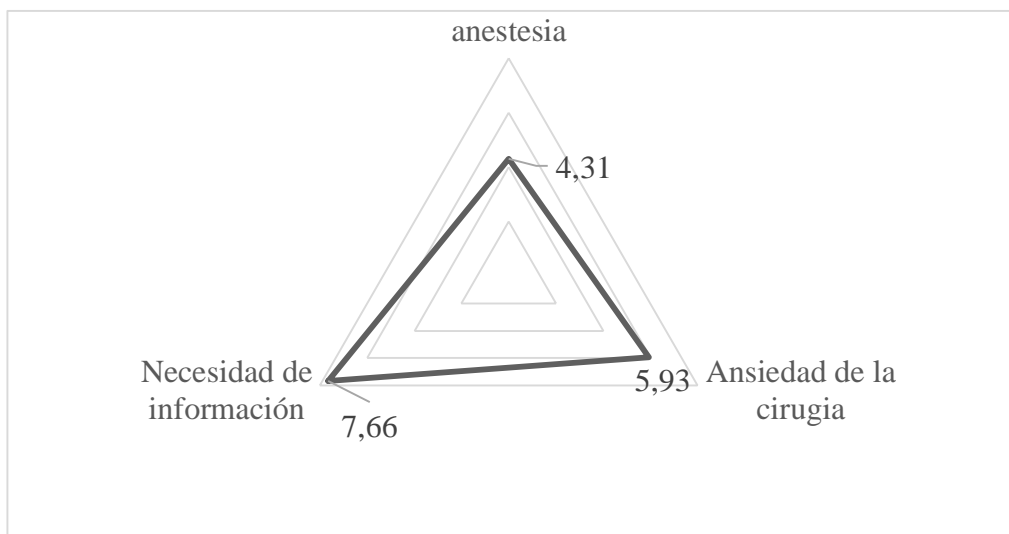
Según el APAIS, considerando que aquellas personas con puntajes mayores o iguales a 11 presentaban ansiedad, se encontró que el 81.3% de pacientes del área de cirugía lo presentaba, así mismo se encontró que según el cuestionario de ansiedad de Beck, el 66.25% de participantes tenían ansiedad en alguno de los niveles (leve, moderado o grave), siendo principalmente el moderado 31.25%.



**Figura 1** Niveles de ansiedad

*Elaborado por: Bernal y González. (2019)*

Considerando las tres dimensiones medidas por el APAIS, se encontró que la necesidad de información era la dimensión predominante en los pacientes ( $M=7.66$ ;  $DE=2.42$ ), seguido por la ansiedad de la cirugía, resultando así la ansiedad a la anestesia la dimensión más débil. En todos estos casos la valoración se le hizo mediante una escala del 2 al 10, implicando que valores cercanos a 10 representaba mayor ansiedad. Ver figura 2.



**Figura 2** Dimensiones de ansiedad preoperatoria

*Elaborado por: Bernal y González. (2019)*

Se encontraron también correlaciones fuertes positivas entre el cuestionario de Beck y el APAIS ( $p < 0.05$ ) implicando que los dos instrumentos tenían una concurrencia de respuesta.

*Tabla 3 Correlaciones entre instrumentos (Concurrencia)*

	APAIS	Ansiedad a la anestesia	Ansiedad de la cirugía	Necesidad de información
BECK	r	,595**	,479**	,576**
	p	0.000	0.000	0.002

*Elaborado por: Bernal y González. (2019)*

Fueron 19 pacientes (23.75%) quienes tenían ansiedad preoperatoria y al mismo tiempo ansiedad mínima según el cuestionario de Beck, 15 personas (18.75%) una ansiedad leve, 23 personas moderada y 8 personas grave. Se encontró también que de las 15 personas que no presentaban una ansiedad preoperatoria según el APAIS, 8 tenían una ansiedad mínima según Beck y 2 moderada. Ver tabla 4.

*Tabla 4 Distribución de la ansiedad de Beck y el APAIS en pacientes oncológicos*

		Ansiedad de BECK				
		Mínima	Leve	Moderado	Grave	Total
APAIS	No tienen	8	5	2	0	15
	Si tienen	19	15	23	8	65
Total		27	20	25	8	80

*Elaborado por: Bernal y González. (2019)*

#### 4.4. Ansiedad preoperatoria según variables sociodemográficas

El análisis de la ansiedad preoperatoria según el sexo de los participantes no reveló diferencias significativas a pesar de que las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad. Ver tabla 5.

Tabla 5 Ansiedad preoperatoria según sexo

	Hombre		Mujer		p
	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad a la anestesia	3.4	1.6	4.7	2.7	0.086
Ansiedad de la cirugía	5.0	2.4	6.3	2.9	0.074
Necesidad de información	7.9	2.3	7.6	2.5	0.577
APAIS	16.3	4.8	18.3	6.6	0.209

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

Con respecto al intervalo etario se encontró que aquellas personas con más de 76 años de edad, tenían mayores niveles de ansiedad, no se revelaron relaciones significativas ( $p > .05$ ). Ver tabla 6.

Tabla 6 Ansiedad preoperatoria según edad

	18-29		30-49		50-69		70-75		76 en adelante	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Ansiedad a la anestesia	3.5	2.1	4.5	2.3	4.3	2.5	3.9	2.3	4.8	3.0
Ansiedad de la cirugía	7.0	1.4	6.2	2.4	5.9	3.0	4.8	2.3	6.8	3.2
Necesidad de información	7.0	4.2	7.8	2.1	7.6	2.7	7.9	2.3	7.5	1.9
APAIS	17.5	7.8	18.4	5.3	17.5	6.5	16.6	5.5	19.0	7.3

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

Los pacientes de la costa mostraron mayores niveles de ansiedad en la dimensión de necesidad de información, en comparación a los pacientes de la sierra y el oriente; mientras que los pacientes de la sierra presentaron en general niveles más altos de ansiedad principalmente en la anestesia y la cirugía. Sin embargo, no fue posible realizar pruebas estadísticas debido a la diferencia de tamaños entre los grupos. Ver tabla 7.

*Tabla 7 Ansiedad preoperatoria según residencia*

	Costa		Sierra		Oriente	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ansiedad a la anestesia	4.1	1.7	4.4	2.7	3.5	1.9
Ansiedad de la cirugía	4.8	2.5	6.2	2.9	6.0	2.2
Necesidad de información	8.1	2.2	7.6	2.4	7.3	3.4
APAIS	16.6	4.5	18.1	6.5	16.8	7.2

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

Con respecto a los años de estudio de los pacientes se encontró que quienes tenían estudios secundarios presentaban mayor ansiedad, por otra parte aquellas personas que no tenían estudios formales tenían puntuaciones de ansiedad inferiores que el resto de los grupos, a pesar de ello no se encontraron diferencias significativas en la comparación establecida entre los pacientes con estudios primarios y estudios secundarios, no se realizaron el resto de comparaciones debido a la diferencia de tamaño entre los grupos. Ver tabla 8.



Tabla 8 Ansiedad preoperatoria según años de estudio

	Sin estudios		Estudios primarios		Estudios secundarios		Estudios universitarios		P
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
	Ansiedad a la anestesia	3.2	1.2	4.0	2.5	5.2	2.9	4.0	
Ansiedad de la cirugía	3.8	1.8	5.5	3.0	7.0	2.5	5.9	2.6	0.06
Necesidad de información	6.5	2.8	7.7	2.4	8.2	2.2	7.1	2.7	0.50
APAIS	13.5	4.8	17.0	6.5	20.2	5.9	17.0	5.0	0.07

Elaborado por: Bernal y González (2019)

En la tabla 9 se encontró que las personas divorciadas eran quienes presentaban puntuaciones de ansiedad preoperatoria más altas, seguido por los casados. Mientras que las personas separadas y en unión de hecho presentaban los niveles más bajos. Ver tabla 9.

Tabla 9 Ansiedad preoperatoria según estado civil

	Soltero		Unión de hecho		Casado		Separado		Divorciado		Viudo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
	Ansiedad a la anestesia	4.3	2.1	3.2	1.5	4.6	2.7	3.0	1.4	5.0	1.7	3.8
Ansiedad de la cirugía	5.4	3.0	4.8	3.1	6.2	2.7	3.5	2.1	6.6	3.0	5.9	3.1

Necesidad de información	8.0	2.7	6.7	2.3	7.6	2.3	6.0	2.8	7.8	2.7	8.4	2.7
APAIS	17.7	5.8	14.7	6.3	18.2	6.0	12.5	6.4	19.4	7.0	18.1	6.9

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

En la siguiente tabla se puede observar que aquellas personas que vivían con otros miembros ajenos a su círculo familiar primario tenían puntuaciones de ansiedad preoperatoria en una medida mucho más alta que quienes vivían con su pareja o sus padres pues ellos presentaban niveles más bajos, a pesar de ello no se encontraron diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). Ver tabla 10.

*Tabla 10 Ansiedad preoperatoria según personas con las que vive*

	Solo		Pareja		Hijos		Padres		Pareja e hijos		Otros miembros		P
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Ansiedad a la anestesia	4.0	2.4	3.6	2.3	4.1	2.4	3.3	1.5	4.7	2.7	5.3	1.5	0.562
Ansiedad de la cirugía	4.0	3.5	4.6	2.8	6.1	2.7	3.5	1.9	6.6	2.6	8.3	1.5	0.133
Necesidad de información	7.2	3.3	6.8	2.0	7.6	2.7	8.3	2.9	7.9	2.4	9.0	1.7	0.359
APAIS	15.2	7.7	14.7	5.2	17.8	6.6	15.0	5.4	19.0	6.0	22.7	1.5	0.221

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

En cuanto a la actividad laboral, se encontraron resultados similares entre las personas que están laboralmente activas, quienes realizan quehaceres domésticos y

quienes no tienen una actividad laboral, sin embargo, quienes tienen otro tipo de actividad, presentaron niveles más bajos de ansiedad en anestesia y de la cirugía y niveles similares de ansiedad con respecto a la necesidad de información. Tampoco se encontraron diferencias significativas en esta variable ( $p > 0.05$ ). Detalles en la tabla 11.

*Tabla 11 Ansiedad preoperatoria según actividad laboral*

	Laboralmente		Quehaceres		Sin actividad		Otros		P
	activo		domésticos		laboral				
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad a la anestesia	4.3	2.0	4.6	2.9	4.4	2.5	3.0	1.5	0.997
Ansiedad de la cirugía	6.0	2.7	6.6	3.2	5.6	2.4	4.3	2.9	0.454
Necesidad de información	7.6	2.3	7.7	2.6	7.8	2.3	7.1	2.8	0.895
APAIS	17.7	5.2	18.7	7.1	17.7	6.0	14.4	5.9	0.785

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

Se encontró también que quienes habían tenido algún tipo de intervención quirúrgica previa con anestesia general reportaban niveles de ansiedad ligeramente mayores que quienes no, ( $p > 0.05$ ). Detalles en la tabla 12.

*Tabla 12 Ansiedad preoperatoria según cirugías previas con anestesia general*

	No		Si		P
	Media	DE	Media	DE	
Ansiedad a la anestesia	3.8	2.1	4.5	2.6	0.296
Ansiedad de la cirugía	5.3	2.8	6.2	2.8	0.213

Necesidad de información	7.2	2.5	7.8	2.4	0.345
APAIS	16.3	5.8	18.3	6.2	0.208

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

Con respecto al nivel del dolor, evaluado mediante la escala de EVA, se encontró que quienes al momento de la aplicación presentaban graves niveles de dolor, tenían una ansiedad mayor en las tres dimensiones analizadas. Ver tabla 13.

*Tabla 13 Ansiedad preoperatoria según nivel de dolor*

	Leve		Moderado		Grave	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Ansiedad a la anestesia	4.1	2.4	4.4	2.4	6.2	3.2
Ansiedad de la cirugía	5.9	2.9	5.8	2.9	6.7	2.4
Necesidad de información	7.6	2.3	7.4	3.0	9.3	1.2
APAIS	17.3	5.8	17.6	7.4	22.2	4.9

*Elaborado por: Bernal y González (2019)*

Finalmente, con respecto al tipo de tumor se encontró que el nivel total de ansiedad era mayor en las personas que tenían melanoma y linfoma (una sola persona). Mientras que los niveles de ansiedad menores correspondían a las personas con tumores gastrointestinales, en la dimensión: necesidad de información y ansiedad a la cirugía se encontró que aquellas personas con tumores genitourinarios eran quienes presentaron altas manifestaciones de ansiedad. Detalles en la tabla 14.

*Tabla 14 Ansiedad preoperatoria según tipo de tumor*

	Ansiedad							
	APAIS		Ansiedad a la anestesia		de la cirugía		Necesidad de información	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Cabeza y cuello	19.0	5.7	4.9	2.3	6.1	2.7	8.1	2.1
Gastrointestinales	16.3	6.2	3.4	2.2	5.6	2.8	7.3	2.6
Genitourinarios	19.0	5.7	4.3	2.7	6.4	3.1	8.8	2.0
Ginecología/mama	16.6	6.6	4.5	2.4	5.5	2.9	6.8	2.6
Linfomas	21.0	-	4.0	-	10.0	-	7.0	-
Melanoma	30.0	-	10.0	-	10.0	-	10.0	-
Sarcoma	17.0	1.4	2.5	0.7	5.0	1.4	9.5	0.7

*Elaborado por: Bernal y González. (2019)*

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se trata de un estudio cuantitativo transversal, de tipo descriptivo-correlacional, con el propósito de determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes oncológicos, relacionándola con las diferentes variables sociodemográficas propuestas.

El estudio fue realizado con 80 pacientes oncológicos del área de cirugía del instituto de cáncer SOLCA de la ciudad de Cuenca, fueron 57 mujeres (71.3%) y 23 hombres (28.8%), todos mayores a 18 años; en su mayoría pertenecientes a la región sierra (73.8%), con estudios primarios y secundarios (73.8%) y con un estado civil de pareja (63.8%), además el 50% mencionó vivir con su pareja e hijos. Aproximadamente la tercera parte de pacientes señaló que tenía actividades laborales, el 61.3% no tenía actividades remuneradas (sin actividades laborales y quehaceres domésticos) y el 8.8% restante se dedicaba a otras cosas.

Según la APAIS, se encontró que el 81.3% de pacientes encuestados del área de cirugía presentaba ansiedad preoperatoria. Igualmente, niveles altos de ansiedad se demostraron en los estudios realizados por Valenzuela-Millán, Barrera-Serrano, Ornelas-Aguirre (2010), en donde el 76% de los participantes entrevistados presentaba ansiedad preoperatoria.

El análisis de la ansiedad según el sexo de los participantes no reveló diferencias significativas a pesar de que las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad. Esto concuerda con el estudio citado anteriormente en pacientes del Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en ciudad Obregón en el año 2010, en el que encuestaron a 135 pacientes para evaluar la presencia de ansiedad preoperatoria con la escala APAIS. De estos, 106 (88%) fueron mujeres. Un estudio publicado por la revista

Psychiatric Genetics, un grupo de científicos demostró que las mujeres sufren más ansiedad que los hombres porque tienen un nivel más bajo del químico de la enzima catecol-Ometil-transferasa (COMT) que controla ese estado de ánimo. El hecho de tener menos cantidad de esta sustancia, hace que una persona se sienta más ansiosa y tensa. El estudio indica que las mujeres tienen una versión diferente del gen que produce esa enzima y, por lo tanto, tienen más probabilidades de preocuparse (Naranjo y Salazar, 2012). Este estudio explica la razón por la que en los resultados obtenidos las mujeres fueron quienes presentaron mayores niveles de ansiedad preoperatoria.

Por otra parte, en el inventario de ansiedad de Beck, el 66.25% de los participantes tenían ansiedad en alguno de los niveles, siendo principalmente el nivel de ansiedad moderado 31.25%, seguido por el leve 25% y el grave 10%. Esto concuerda con Quintero y colaboradores (2017), quienes ejecutaron un estudio descriptivo para evaluar el grado de ansiedad en 21 pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se concluyó que todos los pacientes intervenidos presentaron algún grado de ansiedad, predominando el nivel de ansiedad moderado con 52.38%, seguido de leve 33.33% y grave 14.28%.

Salamea Avilés (2014), realizó un estudio en pacientes quirúrgicos del servicio de consulta externa de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, presentando mayores frecuencias de ansiedad preoperatoria el grupo etario de las personas mayores de 65 años (42,67%). Este dato se asemeja a los resultados obtenidos en nuestra investigación donde las personas mayores de 76 años fueron quienes presentaron mayores niveles de ansiedad.

En nuestro estudio se encontró que mientras mayor era el nivel de instrucción, mayores eran los niveles de ansiedad preoperatoria, aquellas personas que no tenían ningún tipo de instrucción fueron quienes mostraron niveles bajos. En la investigación realizada por Valenzuela Millan y colaboradores en el año 2010, se observó un mayor

porcentaje de ansiedad preoperatoria en los pacientes con nivel educativo elevado, en 13 % de los casos.

Con respecto a las cirugías previas, en nuestro estudio se encontró que quienes habían sido sometidos a una intervención quirúrgica previa con anestesia general, tenían niveles de ansiedad ligeramente mayores que quienes no. Estos datos difieren de otros estudios, realizados por Quintero y colaboradores en el año de 2017, en los que los pacientes que presentaron un antecedente quirúrgico previo al procedimiento tuvieron menores grados de ansiedad. De igual manera, en un estudio realizado por Doñate, Litago, Monge y Martínez (2015), el 100% de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica por primera vez tiene ansiedad. Del grupo de pacientes que se han sometido previamente a un procedimiento quirúrgico sufren ansiedad el 85,2% ( $p > 0,05$ ).

Asimismo, los resultados obtenidos en ese estudio sugieren que los pacientes que creen necesitar más información sobre el proceso quirúrgico presentan niveles de ansiedad mayores que los mostrados por pacientes que requieren menos información. De igual manera en un estudio realizado por Hernández, López, Guzmán (2016), sobre ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía, el 40% de los pacientes necesitaron más información relacionada con la anestesia y la cirugía. Estos estudios coinciden con nuestra investigación debido a que dentro de las personas que presentaban ansiedad preoperatoria se encontró que la necesidad de información era la dimensión predominante en ellos.

Con respecto al tipo de cáncer y niveles de ansiedad experimentados, en la investigación realizada por Garcés Vásconez (2019), se obtuvo variedad de tipos de cáncer, sin embargo, el que tuvo más afluencia es el de tipo linfoma, seguido del gástrico.



Mientras que en nuestro estudio se encontró que el nivel total de ansiedad era mayor en las personas que tenían melanoma y linfoma.

En cuanto a las variables sociodemográficas (lugar de residencia, estado civil y personas con las que vive) relacionadas con el nivel de ansiedad, no se encontraron diferencias significativas y debido a que existe una escasez de estudios relacionados con los mismos, generamos diferentes hipótesis.

Finalmente, se evidenció que las personas divorciadas eran quienes presentaban mayores niveles de ansiedad, esto puede deberse a la pérdida o falta de una red de apoyo, no contar con alguien que le brinde los cuidados postoperatorios. De igual manera las personas que vivían con otros miembros de su círculo familiar primario, presentaron niveles altos de ansiedad, debido a la falta de confianza, al tener que depender de personas extrañas a ellos.

## CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede evidenciar que gran parte de los pacientes presentan ansiedad preoperatoria y sintomatología ansiosa una semana antes a la cirugía.

Según el APAIS, la necesidad de información era la predominante seguida por la ansiedad por la cirugía y la ansiedad a la anestesia la más débil.

Según el BAI gran parte de las personas presentaban ansiedad en algunos de los niveles (leve, moderado, grave), predominando el moderado.

En cuanto a la ansiedad preoperatoria y la ansiedad de Beck, se encontró que más de la mitad de las personas que presentaban en ese momento ansiedad preoperatoria, habían experimentado sintomatología ansiosa una semana antes a la cirugía.

De acuerdo a las variables sociodemográficas relacionadas con el nivel de ansiedad preoperatoria experimentado, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad que los varones; el grupo etario de 76 años en adelante fueron quienes tenían valores más elevados de ansiedad. Las personas con un nivel de instrucción de estudios secundarios, los que viven con otros miembros ajenos a su familia y quienes se dedican a los quehaceres domésticos, fueron quienes puntuaron más alto en la presencia de ansiedad preoperatoria.

Además, se observó que quienes tenían un nivel de instrucción bajo, es decir, no tenían estudios, fueron quienes presentaron los niveles más bajos de ansiedad debido al desconocimiento del mismo. De igual manera se evidenciaron niveles bajos de ansiedad en personas que su estado civil actual era unión libre o separados, siendo los divorciados quienes presentaban elevados niveles de ansiedad.

Por otra parte, las personas que habían tenido cirugías previas y aquellos que según la escala de EVA tenían una experiencia del dolor grave, fueron quienes presentaban altos niveles de ansiedad.

Finalmente, en cuanto al tipo de tumor, el más frecuente fue de cabeza y cuello. Sin embargo, quienes presentaron mayores niveles de ansiedad fueron aquellos que tenían melanomas, linfomas y tumores genitourinarios, este último de igual manera fueron quienes más demandaban necesidad de información y presentaban ansiedad a la cirugía.

En general, los resultados de la presente investigación encuentran concordancia con otros estudios científicos analizados, concluyendo que las personas que se van a someter a un procedimiento quirúrgico, presentan ansiedad preoperatoria.

## **RECOMENDACIONES**

Debido a la escasez de investigaciones similares en el área de oncología, encontramos necesario que se desarrollen más estudios para determinar relaciones entre los niveles de ansiedad preoperatoria y variables sociodemográficas como el lugar de residencia, nivel del dolor y tipo de tumor.

Además, se recomienda al Instituto del cáncer Solca- Cuenca en proporcionar a los pacientes una intervención psicológica previa a la cirugía con el fin de mitigar factores de riesgo que puedan ocasionar alteraciones emocionales al mantenerse hospitalizados y desmitificar creencias o mitos que tienen acerca del procedimiento y de la enfermedad, mediante la protocolización de un programa preventivo para los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica.

Asimismo, se sugiere tomar en cuenta que las personas que presentaron mayores niveles de ansiedad fueron quienes demandaban mayor necesidad de información, por lo que en la visita prequirúrgica se podría otorgar mayor información sobre el procedimiento anestésico y quirúrgico con el propósito de mejorar la satisfacción del paciente y lograr una adecuada comprensión de la enfermedad.

Finalmente, se recomienda ampliar la investigación para obtener mayores nuevos resultados y poder comprobar con los obtenidos para un mayor enriquecimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arana, C. y Luna, J. (2019). Quimioterapia y diálisis: un reto. *Nefrología* 39 (3), 314-315.
- Atienza, A. (2016). Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatría integral* 20(6), 380-389.
- Augugliaro, F. (2015). *Psicooncología: desarrollo y aplicación para el paciente superviviente de cáncer*. Belgrano.
- Ayuso, J y Cabello, M. (2017). *Impacto psicológico, rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento en pacientes oncológicos*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid .
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 505-520.
- Barbieri, H. (2015). *Abordaje psicooncológico en cuidados paliativos: asistencia emocional al adulto mayor y su familia: Caso Ángel*. Colombia.
- Barrilero, J., Cacero, J., Cebrián, F., Córdova, C., García, F y Gregorio, E. (2013). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Revista de enfermería*, 14-28.
- Barroilhet, S., Forjaz, M y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33.
- Belber, M., Valencia, F y De la Viuda, E. (2018). Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres. *Revista Internacional de Ciencias de la Salud* , 71-82.
- Bentivegna, E., Gouy, S., Maulard, A., Mialhe, G y Morice, P. (2019). Cirugía de tumores epiteliales malignos del ovario . *EMC-Cirugía general* 19 (1), 1-18.

- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M y Ramirez, A. (2005). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama temprano: estudio de corte observacional de cinco años. 702.
- Cabrera, Y., López, E., López, E y Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 115-127.
- Carapia, A., Mejía, G y Nacif, L. (2011 ). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad. *Revista mexicana de anestesiología* 34(4), 260-263.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad. *Revista mexicana de anestesiología*, 260-263.
- Carrasco, M. R y Hernández, M. (2009). *Influencia del ejercicio físico en el bienestar de los adultos mayores - experiencia de un programa de nuestro complejo gerontológico*. El Cid Editor.
- Cassem, N y Bernstein, J. (1998). Pacientes deprimidos. En J. Rosenbaum, & M. Jellinek, *Manual de psiquiatría en hospitales generales* (págs. 37-71). Madrid: Harcourt Brace.
- Castro, T. (2015). *Ansiedad en el paciente prequirúrgico y visita prequirúrgica: programa de enfermería para la disminución de los niveles de ansiedad*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Cerón, G., Aguilar, A y Sánchez, A. (2007). Cáncer y psicología. . *Sociedad Mexicana de Oncología*, 71.
- Córdoba, A., Camacho, Y., Miranda, E y Gómez, E. (2017). Estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer de mama y el papel del psicólogo. . *Revista de Psicología GEPU*, 144-154.
- Corral, M y Febrero, M. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre medicina*, 108-113.

- Corral, M y Pérez, M. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre medicina*, 108-113.
- Correa, J., Figueroa, J., Castaño, R., Madrid, J y Calle, M. (2016). Principios de cirugía oncológica. *Revista colombiana de cirugía 31(3)*, 185-196.
- Correa, J., Figueroa, J., Castaño, R., Madrid, J., Calle, M y Sanabria, Á. (2016). Principios de cirugía oncológica. *Revista Colombiana de Cirugía 31 (3)*, 185-196.
- Correa, P y Cuello, C. (2017). Estudio de la etiología del cáncer gástrico. Epidemiología de cáncer y lesiones precancerosas. *Colombia Médica*, 9 (1), 1-9.
- Crespo, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en psicología latinoamericana*, 29-48.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 9-19.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Cucarella, M. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. Valencia: Universitat de València.
- Díaz, E y García, J. (2000). *Oncología Clínica Básica* . Madrid: Arán.
- Die Goyanes, A y Die Trill, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En M. D. Trill, *Psico-oncología* (págs. 49-51). Madrid: ADES Ediciones.
- Die Goyanes, A y Die Trill, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: Ades ediciones.
- Doñate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y y Martínez Serrano, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global* .

- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y y Martinez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería global 14(37)* , 170-180.
- Estrada, P., Beltrán, P y Barzaga, E. (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía del hospital Guillermo Luis Fernández Hernández Baquero. *Revista Mexicana de Anestesiología Vol 29*, 24-36.
- Flores, M., Chávez, M y Aragón, L. (2016). *Situaciones que generan ansiedad en estudiantes de odontología*. Mexico DC: Universidad nacional autónoma de México.
- Gajardo, M y Urrutia, M. (2017). Creencias sobre el cancer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *Revista chilena de obstetricia y ginecología 82(6)*, 706-712.
- Galindo, O., Rojas, E y Meneses, J. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer . *Psicooncología 12(1)*, 51-58.
- Gálvez, A., Méndez, J y Carlos, M. (2005). Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 35-43.
- Gaona, D y Contenido, B. (2018). Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería investiga 3(1)*, 38-43.
- Garcés, M. (2019). *Ansiedad y desesperanza en pacientes oncológicos del Hospital Carlos Andrade Marín* . Quito: Universidad Central del Ecuador .
- García, A., Ibáñez, E y Durá, E. (2008). Análisis del contenido de la revista Psychology el desarrollo de la investigación en Psicooncología. *Boletín de psicología*, 81-113.



- García, M., Rodríguez, O y Gómez, J. (2016). *Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia*. Ciudad de Mexico : El Manual Moderno.
- García, M., Rodríguez, O y Gómez, J. (2016). *Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia*. . México: Editorial El Manual Moderno.
- Gordillo, F., Arana, J y Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4(3), 86-94.
- Granados, M y Herrera, Á. (2010). *Manual de Oncología* . Mexico: McGRAW-HILL.
- Guerrero, J., Prepo, A y Loyo, J. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento Barquisimeto. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 25(2), 297-309.
- Gutiérrez, C., Ruiz, R., Arellano, S., Romero, H., Hall, R y Bernardo, G. (2017). Medicina paliativa en cirugía 85 (2). *Cirugía y Cirujanos*, 186-191.
- Hem, S., Beltrame, S., Rasmussen, J., Vecchi, E., Landriel, F y Yampolsky, C. (2019). Utilidad de la cirugía espinal mínimamente invasiva en el manejo de las metástasis espinales toraco-lumbares. . *Surgical Neurology International* 10(1).
- Hernández, A., Almonacid, V y Garcés, V. (2014). Cáncer e imagen: el duelo corporal. *Duelo en Oncología*, 183-196.
- Hernandez, A., López, A y Guzman, J. (2016). Nivel de ansiedad e informacion preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Acta médica grupo ángeles*.
- Hernández, D., Apresa, T y Patlán, R. (2015). Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 154-161.
- Hernández, L y Cella, D. (2016). La Calidad de Vida Relacionada a la Salud: Resultado Importante de los Tratamientos para el Cancer . *Puerto Rico Health Sciences Journal* 17(1), 89-91.

- Holland, J. (2002). Historia de la psicooncología. Superar las barreras actitudinales y conceptuales. *Psychosomatic Medicine*, 206-221.
- Holland, J y Lewis, S. (2000). *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: HarperCollins.
- Huang, Y y Shen, F. (2016). Efectos de la adaptación cultural sobre la persuasión en la comunicación del cáncer: un metanálisis . *Revista de Comunicación* 66 (4), 694-715.
- Ibañez, J y Soriano, E. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: Planteamientos del Presente, Deseos de Futuro. *Análisis y modificación de conducta*, 150-151.
- Jacobsen, P., Donovan, K., Trask, P., Fleishman, S., Zabora, J., Baker, F y Holland, J. (2005). *Detección de trastornos psicológicos de pacientes con cáncer ambulatorio. Una evaluación multicéntrica del termómetro de malestar*. New York: Wiley InterScience.
- Jiménez, F y Paniagua, M. (1998). Cáncer gástrico: factores de riesgo. *Rev Cubana de Oncol*, 14(3), 171-179.
- Laffita, J y Fleites, G. (2016). Cirugía de cáncer de pulmón en combinación con cirugía reductora de volumen. . *Revista Cubana de Medicina Militar*, 45(1), 85-91.
- León, G., Bosques, D y De Jesús, O. (2005). Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de obstetricia y Ginecología*, 31(1), 73-85.
- Levenson, J. (2009). Factores psicológicos que afectan a las enfermedades clínicas. *Tratado de Psiquiatría Clínica*, 935-957.
- Lobos, P y Lobos, A. (2011). Cáncer de piel no-melanoma. *Revista Médica Clínica Las Condes* 22 (6) , 737-748.

- López, C y Hernández, J. (2016). Importancia del diagnóstico precoz en el cáncer de mama. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 7(1), 67-76.
- Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S y Granados, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *Gaceta mexicana de oncología* , 156-161.
- Luna, C., Figueredo, Y., León, M., Reyes, A., Hernández, A y Sabatier, C. (2014). Linfomas asociados a enfermedades reumatológicas. *Invest Medicoquir*, 98-106.
- Marcland, D y Hardy, L. (1993). Ansiedad, relajación y anestesia para el día de la cirugía. *Br J Clin Psychol*, 493-504.
- Martelo, A. (2012). *Reacciones emociones e intervención psicológica en niños con leucemia y sus familiares*. Universidad de la Sabana.
- Martín, M., Herrero, A y Echavarría, I. (2015). *El cáncer de mama*. . Arbor.
- Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez, A., Galindo, Ó y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta mexicana de oncología*, 53-58.
- Marzo, M., Cierco, P y Del Cura, I. (2005). Prevención del cáncer de cérvix. *Atención Primaria* 36 (6) , 328-333.
- Maté, J., Hollenstein, M y Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* , 211-230.
- Mazur, J. (2015). *Learning and Behavior: Instructor's Review Copy*. *Psychology Press*.
- Menon, U., Karpinskyj, C y Gentry, A. (2018). Prevención y detección del cáncer ovárico. . *Obstet Gynecol* 131, 9-27.
- Meseguer, C. (2003). *PSICO-ONCOLOGIA*. MADRID: ADES EDICIONES.

- Moreno, A., Krikorian, A y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en psicología latinoamericana* 33(3), 517-529.
- Muñoz, A y Sánchez, M. (2017). Epidemiología del cáncer de pulmón en el ámbito de neumosur . *Rev Esp Patol Torac* 29 (2) .
- Muñoz, J., Breitbart, W y Holland, J. (2005). Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquitría*, 124-128.
- Naranjo, K y Salazar, J. (2012). *Comparación del nivel de ansiedad en los pacientes de cirugía programada mediante la aplicación de la escala de ansiedad e información preoperatoria de Amsterdam realizada en la visita pre anestésica y comparada con grupo control en hospitales*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Ochoa, J., Ossa, D., Toro, A., González, C y Pérez, A. (2016). Guía colombiana de cáncer de testículo. *Revista Urología Colombiana* 25(3), 274-285.
- Ojeda, T y Barbón, O. (2015). Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica. *Revista cubana de Reumatología* 17(3), 178-186.
- Oller, V y Sanz, J. (2012). Cáncer por contaminación química del agua de consumo humano en menores de 19 años: una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32, 435-443.
- Orellana, F. (2014). *Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que revisarán anestesia para una intervención quirúrgica*. Hospital José Carrasco. Cuenca : Universidad de Cuenca.

- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M y Tolpin, D. (2015). Información preoperatoria al paciente: ¿podemos mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad? *REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA* 65(1), 7-13.
- Osborn, R., Demoncada, A y Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13-34.
- Ospina, M., Huertas, J., Montaña, J y Rivillas, J. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 262-276.
- Pacheco, S y Canales, C. (2017). Variables nutricionales preoperatorias y morbimortalidad en cirugía digestiva oncológica. *Revista Chilena de cirugía* 69 (1), 35-43.
- Palacios, X., González, M y Zani, B. (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. *Avances en psicología Latinoamericana*, 33(3), 497-515.
- Pardo, C y Cendales, R. (2018 ). Estimaciones de incidencia y mortalidad para los principales cinco tipos de cáncer en Colombia. *Colombia Medica*, 49(1), 2007-2011.
- Porcelli, P y Sonino, N. (2007). Psychological factors affecting medical conditions: A new classification for DSM-V. *Karger Medical and Scientific Publishers*.
- Prat, M., Méndez, J., Novellas, A., Barbero, E y Gil, F. (2004). Modelo de atención psico-social en oncología: standards. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 179-184.
- Quintero, A., Yasnó, D., Riveros, O., Castillo, J y Borráez, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía* 32(2), 115-120.

- Ramírez, M. d., Castellanos, T y Moreno, T. (2016). Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría* , 88-93.
- Robert, V., Álvarez, C y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 677-684.
- Rodríguez, J., Mayo, L., Fanning, M y Coronado, J. (2016). Factores asociados a la ansiedad del paciente en el preoperatorio inmediato en el servicio de cirugía del hospital provincial docente Belén de Lamayeque . *Salud & Vida Sipanense*, 13-20.
- Sadock, B y Alcott, V. (2008). *Medicina psicosomática, Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. Barcelona: Wolters Kluwer Health España S.A.
- Salamea, J. (2014). *Trastorno ansioso depresivo reactivo en pacientes quirúrgicos y complicaciones*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Salamea, P y Espinoza, M. (2016). *Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes prequirúrgicos en el hospital Vicente Corrao Moscoso* . Cuenca : Universidad de Cuenca.
- Sanz, J., García, M y Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck" (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos . *Psicología Conductual* 20(3), 563-583.
- Schmidt, A., Cross, G y Pitoia, F. (2017). Metástasis a distancia en cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico y tratamiento. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo* 54 (2) , 92-100.
- Schofield, P., Butow, P., Thompson, J., Tattersall, M., Beeney, L y Dunn, S. (2003). Respuestas psicológicas de pacientes que reciben un diagnóstico de cáncer. *Annals of Oncology*, 48-56.

- Schwartz, R y Schwartz, R. (2018). Cáncer de piel no melanoma en cabeza y cuello. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 455- 467.
- Sirera, R., Sánchez, P y Campos, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 35-48.
- Strain, J y Grossman, S. (1975). *Psychological care of the medically ill* . Nueva York: Appleton-Centurary-Crofts.
- Suárez, R., Ramos, R., García, L y González, M. (2017). Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. *MediSur 15(3)*, 310-317.
- Valenzuela, J., Barrera, J y Ornelas, J. (2010). Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos . *Cirugía y cirujanos*, 151-156.
- Vergara, M. (2016). *Validación de la versión española del Amsterdam preoperative anxiety and information scale para la evaluación de la ansiedad preoperatoria*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Vicente, M., Delgado, S., Bandrés, F y Capdevilla, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del dolor* , 228-236.
- Zambrano, W., Alvarez, A., Casagualpa, M y Buitrón, T. (2018). Detección oportuna del cáncer de cerviz en etapa sexual activa. *Revista científica de la investigación y conocimiento*, 645-657.
- Zonana, E., Sedano, A., Ramirez, E., Zárate, A., García, M y Lozano, A. (2016). Radioterapia externa en el tratamiento del cáncer de la próstata. *Revista Mexicana de Urología 76 (5)* , 298-310.

# ANEXOS

## ANEXO 1: Consentimiento Informado

### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANSIEDAD PREOPERATORIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL INSTITUTO DEL CÁNCER SOLCA-CUENCA.**

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarlo a tomar la decisión de participar– o no -, en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

#### **Objetivo de la investigación**

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es: *Determinar el nivel de ansiedad preoperatoria en pacientes oncológicos del instituto de cáncer SOLCA-Cuenca.*

#### **Procedimiento de la investigación**

Si usted acepta participar, se le aplicará dos escalas: Escala de Ansiedad e Información de Amsterdam (APAIS) y el Inventario de Ansiedad de Beck. Estas pruebas le tomarán un tiempo aproximado de 10 minutos y serán aplicadas por estudiantes de psicología clínica.

Las responsables de esta evaluación son: Andrea Carolina Bernal Ochoa y Paola Isabel González Cáceres.

#### **Beneficios**

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda el cuestionario será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados del test, serán entregados a los profesionales de la Institución de Solca y al consejo de la Facultad de Filosofía de la Universidad del Azuay para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

#### **Riesgos**

Esta investigación no tiene ningún riesgo para usted.

#### **Confidencialidad de la información personal y médica**

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

#### **Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar su participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio



en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunas preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la realización de esta investigación.

Si decide retirarse de este estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor diríjase a Paola Isabel González Cáceres, al correo electrónico [paolaisabelgonzalezcaceres@gmail.com](mailto:paolaisabelgonzalezcaceres@gmail.com) o al celular 0992546464

### **DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

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

Firma: \_\_\_\_\_

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

ANDREA BERNAL OCHOA  
Investigadora responsable

PAOLA GONZÁLEZ CÀCERES  
Investigadora responsable

## ANEXO 2: Encuesta Sociodemográfica

### INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Diagnóstico médico.....

#### Género

1 <input type="checkbox"/> masculino	2 <input type="checkbox"/> femenino
--------------------------------------	-------------------------------------

#### Edad:

- 18-29 años
- 30- 49 años
- 50-69 años
- 70-75 años

#### Años de estudio

1 <input type="checkbox"/> sin estudios
2 <input type="checkbox"/> estudios primarios
3 <input type="checkbox"/> estudios secundarios
4 <input type="checkbox"/> estudios universitarios o equivalentes

#### Estado civil actual

1 <input type="checkbox"/> soltero/a	4 <input type="checkbox"/> separado/a (de hecho)
2 <input type="checkbox"/> unión de hecho	5 <input type="checkbox"/> divorciado/a (legalmente)
3 <input type="checkbox"/> casado/a	6 <input type="checkbox"/> viudo/a

#### Personas con las que vive actualmente

1 <input type="checkbox"/> Solo/a	4 <input type="checkbox"/> Padres
2 <input type="checkbox"/> Pareja	5 <input type="checkbox"/> otros miembros
3 <input type="checkbox"/> Hijos	

#### ¿Qué actividad desarrolla actualmente?

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo	4 <input type="checkbox"/> sin actividad laboral
2 <input type="checkbox"/> quehaceres domésticos	
3 <input type="checkbox"/> estudiante	5 <input type="checkbox"/> otro: _____

#### ¿Ha sido sometido anteriormente a una cirugía?

1 <input type="checkbox"/> Sí
2 <input type="checkbox"/> No
Especifique: .....

**ANEXO 3:** Escala Ámsterdam de Ansiedad y Necesidad de Información Previamente a una Intervención (APAIS)

	<b>En absoluto</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Extremadamente</b>
1. Estoy preocupado por la anestesia.							
2. Pienso constantemente en la anestesia.							
3. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la anestesia.							
4. Estoy preocupado por la operación.							
5. Pienso constantemente en la operación.							
6. Me gustaría contar con toda la información posible sobre la operación.							

**ANEXO 4:** Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>