



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“ESTRÉS Y ANSIEDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN ETAPA
TERMINAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN GERONTOLOGÍA**

AUTOR

WALTER ENRIQUE PEREZ MESTANZA

ASESORA

DRA ROSA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ

JURADO

DR LUIS ALBERTO HUARACHI QUINTANILLA

DR JUAN DANIEL ALVITEZ MORALES

DR PERCY ALFONSO DELGADO ROJAS

LIMA-PERU

2020

Dedicatoria

A mis padres, por brindarme su apoyo y permitir que mis sueños se cumplan.

A mis amigos, que confiaron en mis habilidades y me apoyaron en mis logros día a día.

A mis pacientes oncológicos que en cada momento muestran sus deseos de lucha, dando una sonrisa intentando no escapar del problema y muchas gracias a los que de alguna forma ayudaron a culminar la presente investigación

Agradecimiento

A la institución al hospital central de la FAP por brindarme la oportunidad de hacer la investigación.

A la Universidad nacional Federico Villareal por el curso de taller de tesis el cual me dio la oportunidad de aprender y materializar mi tesis de forma sistemática y ordenada.

A mi asesora de investigación la Dra. Rosa María Fernández por el tiempo que me brindó para poder desarrollar mi investigación y simplemente muchas gracias.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas	vii
Índice de figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. Introducción.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Descripción del problema	4
1.3. Formulación del problema	5
1.3.1. Problema general.....	5
1.3.2. Problemas específicos	5
1.4. Antecedentes	5
1.4.1 Antecedentes internacionales	5
1.4.2. Antecedentes nacionales.....	8
1.5. Justificación de la investigación	10
1.5.1. Justificación Legal.....	10
1.5.2. Justificación Teórico-Científico.....	10
1.5.3. Justificación Práctica.....	10
1.6. Limitaciones de la investigación.....	11
1.7. Objetivos de la investigación	12
1.7.1. Objetivo general	12
1.7.2. Objetivos específicos.....	12

1.8.	Hipótesis.....	12
1.8.1.	Hipótesis general	12
1.8.2.	Hipótesis específicas	12
II.	Marco teórico.....	13
2.1.	Marco teórico	13
2.1.1.	Rumiación y preocupación ansiosa	20
2.1.2.	Evitación y negación	22
2.1.3.	Pasividad y resignación	23
2.2.	Marco conceptual.....	24
2.2.1.	Ansiedad.....	24
2.2.2.	Estrés	24
2.2.3.	Paciente oncológico en estadio terminal	24
2.2.4.	Resignación	24
2.2.5.	Rumiación	24
2.2.6.	Síntomas	25
III.	Método.....	26
3.1.	Tipo de investigación	26
3.2.	Población y muestra	26
3.2.1.	Población.....	26
3.2.2.	Muestra.....	26
3.2.3.	Tamaño de muestra:	27
3.2.4.	Criterios de inclusión y exclusión	30
3.3.	Operacionalización de variables	31
3.4.	Instrumentos.....	31
3.5.	Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos.....	33

3.5.1. Análisis cualitativo correlacional	33
3.5.2. Programas a utilizar para análisis de datos.....	34
IV. Resultados.....	35
4.1. Resultados descriptivos	35
4.2. Resultados en relación al objetivo general.....	37
4.3. Resultados en relación a los objetivos específicos.....	39
V. Discusión de resultados	43
VI. Conclusiones.....	47
VII. Recomendaciones	48
VIII. Referencias	49

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Datos sociodemográficos de la edad de los pacientes oncológicos en etapa terminal</i>	27
Tabla 2. <i>Datos sociodemográficos del sexo de los pacientes oncológicos en etapa terminal</i>	29
Tabla 2. <i>Operacionalización de variables</i>	31
Tabla 3. <i>Confiabilidad del instrumento de Escala de estrés percibido</i>	32
Tabla 3. <i>Confiabilidad del instrumento de Escala de Ansiedad de Goldberg</i>	32
Tabla 6. <i>Nivel de estrés</i>	35
Tabla 7. <i>Nivel de ansiedad</i>	36
Tabla 8. <i>Tabla cruzada Nivel de ansiedad*Nivel de estrés</i>	37
Tabla 9. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	38
Tabla 10. <i>Tabla cruzada Nivel de ansiedad*Edad</i>	39
Tabla 11. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	40
Tabla 12. <i>Tabla cruzada Nivel de ansiedad*Sexo</i>	41
Tabla 13. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	42

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Diseño de la investigación	26
<i>Figura 2.</i> Datos sociodemográficos de la edad de los pacientes oncológicos en etapa terminal	28
<i>Figura 3.</i> Datos sociodemográficos del sexo de los pacientes oncológicos en etapa terminal	29
<i>Figura 4.</i> Nivel de estrés.....	35
<i>Figura 5.</i> Nivel de ansiedad.....	36

Resumen

El estudio de investigación realizado tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el estrés y la ansiedad en pacientes con oncológicos en etapa terminal en relación con la edad y el sexo. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo y método descriptivo, diseño correlacional; fue realizado en una muestra de 99 pacientes oncológicos. Los resultados se obtuvieron mediante un análisis descriptivo y comparativo en los cuales se encontraron niveles significativos de mucha ansiedad y estrés en la población mayor y adulta mayor en más de 71% y la gran mayoría era del sexo femenino 77.8% y la condición de tener una enfermedad oncológica están en relación directa significativa a la progresión de enfermedad y demuestra en la presente investigación a demostrar que la ansiedad y el estrés están fuertemente vinculados como parte de la progresión de la enfermedad. Se concluyó en la evaluación correlacional que existe relación directa estadísticamente significativa y demuestra nuestra hipótesis que la variable ansiedad respecto edad en pacientes oncológicos es lineal y progresiva, según la correlación chi cuadrado de Pearson de 0.532, así como la correlación de ansiedad con la variable sexo dando una relación de chi cuadrado de Pearson de 0.591 ambos valores fuertemente relacionados y reafirman que se debe hacer un diagnóstico precoz.

Palabras clave: adulto y adulto mayor, cuidados paliativos, ansiedad, estrés, adaptación, enfermedad oncológica

Abstract

The objective of the research study was to determine the relationship between stress and anxiety in patients with end-stage cancer in relation to age and sex. It is a quantitative research and descriptive method, correlational design; It was performed on a sample of 99 cancer patients. The results were obtained through a descriptive and comparative analysis in which significant levels of high anxiety and stress were found in the elderly and elderly population in more than 71% and the vast majority were female 77.8% and the condition of having an oncological disease are directly related to the progression of the disease and demonstrates in this research to show that anxiety and stress are strongly linked as part of the disease progression. It was concluded in the correlational evaluation that there is a statistically significant direct relationship and demonstrates our hypothesis that the variable anxiety regarding age in cancer patients is linear and progressive, according to Pearson's chi-square correlation of 0.532, as well as the correlation of anxiety with the sex variable giving a Pearson chi square ratio of 0.591 both strongly related values and reaffirm that an early diagnosis should be made.

Keywords: adult and elderly, palliative care, anxiety, stress, adaptation, oncological disease

I. Introducción

El cáncer como enfermedad catastrófica y la gran temida ha estado en el ojo de la tormenta desde los albores de la humanidad, lamentablemente en los tiempos modernos hay un notable incremento de nuevos casos en estado avanzado. Felizmente las organizaciones en el Perú están considerando la importancia de investigar y buscar respuestas rápidas y brindar estrategias operacionales a partir de la reciente ley de cuidados paliativos y la ley general de salud donde todas las instituciones de salud brinden un abordaje multidisciplinario con el apoyo de la familia en todas sus necesidades según INEN. (2016). Obtenido de Norma técnica oncológica de cuidados paliativos 334 - 2016.

El aumento de las pérdidas de vidas humanas y el incremento de las cifras así demuestran que la enfermedad oncológica en estado avanzado manifiesta mucho estrés cuando recibe la noticia sobre su diagnóstico y realmente no se está preparado para ello. El Miedo a lo desconocido, el miedo al morir, el dejar a la familia e hijos conlleva hasta incluso el tema de abandono al tratamiento oportuno y precoz.

Según INEN (2016). Obtenido de Norma técnica oncológica de cuidados paliativos 334 – 2016 refiere que:

La carga del cáncer que se nos avecina tanto a nivel mundial, como en nuestro país es extremadamente sombría, las tasas de incidencia y mortalidad presentes y futuras son inaceptablemente altas lo cual constituye un argumento muy fuerte para que la comunidad mundial exija un control más efectivo contra esta enfermedad.

Según Anguiano, S., Mora, M., & Reynoso, E. (2017) refiere que:

A pesar del temor que ocasiona la simple mención de la palabra cáncer, es nuestro deber decirte en estas primeras líneas que el cáncer es una enfermedad perfectamente

manejable y que las cosas han cambiado mucho desde el tiempo en que tus padres o abuelos sufrieron esta enfermedad.

El cáncer no es solo una enfermedad crónica que amenaza la vida del paciente por la idea de una muerte próxima e inminente, sino también al disminuir su capacidad de control sobre su vida y encontrarse regido por procedimientos que ayudan a su supervivencia, la torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a la ruptura de las relaciones, a la incapacidad, a la pérdida de la independencia personal y económica, así como a mecanismos de negación, reacciones de ansiedad y culpa.

Todo ello implica a un estrés que muchos pacientes no están preparados para afrontarlo.

El no manejo del estrés por sí tiene un impacto negativo en el usuario o paciente, puesto que, tienen algunas situaciones psicológicas como la depresión y la ansiedad, desesperanza, aislamiento social, miedo a la muerte, miedo a la recaída. De mantenerse el estrés negativo en el paciente, la calidad de vida se verá afectada.

Un impacto negativo que acarrea el no manejo del estrés en la quimioterapia es la no adherencia al tratamiento, el miedo al tratamiento, ya sea por temores personales como desconocimiento, o por miedos que infunden la sociedad y el entorno en general. Esto puede repercutir en la parte psicológica de no ser diagnosticado, tratado y puede culminar con la muerte.

Se requiere, capacitar al profesional de salud en general para un abordaje integral y la alianza con la familia, buscando preparar al paciente y familiar para lograr un afrontamiento efectivo, así como la canalización del estrés, auto control, manejo de emociones perturbadoras, mejora de la comunicación asertiva, presente en situaciones que demande

cambio repentino de su estilo de vida ocasionado frente al diagnóstico de cáncer y el tratamiento que este implica.

Esta investigación que presento tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la percepción y afrontamiento al estrés y ansiedad de los pacientes que son manejados en la unidad de cuidados paliativos del Departamento de Geriátrica y el consultorio de onco hematología del hospital central de la FAP para brindar con dicho estudio las medidas a tomar ante situaciones de estrés y ansiedad en los usuarios de los servicios frente al manejo de una enfermedad oncológica en estado terminal.

El desarrollo de la investigación permitirá realizar investigaciones similares que nos permitan un mejor abordaje y atención integral por parte del equipo profesional.

1.1. Planteamiento del problema

Estadísticas arrojadas por la Organización Mundial de la Salud nos indican que, en el mundo en lo que va del año 2017, 264 millones padecen trastornos de ansiedad, un incremento del 15% en diez años. En la Unión Europea, las estadísticas señalan que al menos el 27% de la población tiene algún trastorno de salud mental, específicamente en España, estos trastornos mentales afectan al 15,7% de los hombres y al 22,9% de mujeres.

En América Latina y El Caribe, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22,2% del total de las enfermedades, siendo los más comunes los trastornos depresivos unipolares con 13,2.4 En nuestro país, la atención de la salud mental ha quedado olvidada, ya que se prioriza la atención y el cuidado de la salud física bajo la determinación de no generar mortalidad. No obstante, en el Perú alrededor del 20% de la población adulta y adulta mayor padece algún trastorno mental, especialmente los pacientes son diagnosticados con depresión y trastornos de ansiedad como principales diagnósticos sin valorar el estrés

El inconveniente de estos estados emocionales negativos en pacientes con comorbilidades es que influyen en la evolución de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y en la recuperación; podrían afectar la frecuencia de hospitalizaciones por el número de recaídas que se pueden presentar. Así, por ejemplo, se reconoce que la ansiedad vulnera la resistencia inmunológica y la depresión puede contribuir al empeoramiento de una enfermedad preexistente.

Normalmente, este tipo de estados emocionales no son detectados por los médicos o no se les da la adecuada importancia, asimismo, la gran mayoría de los médicos carecen de entrenamiento para manejar las emociones de sus pacientes con respecto a su enfermedad. Por otra parte, los pacientes no saben reconocer los síntomas del estrés y ansiedad, considerándolos como normales y no teniendo en cuenta que podrían necesitar algún tipo de manejo o abordaje integral.

Por esta razón es de vital importancia diagnosticar precozmente los signos y síntomas de estrés y ansiedad durante la consulta o hospitalización del paciente, asimismo es trascendente identificar aquellas características o factores que puedan influir o condicionar el incremento de dichos trastornos emocionales.

1.2. Descripción del problema

¿Cuáles son los factores asociados de estrés y ansiedad y la forma de presentación de signos y síntomas en los pacientes oncológicos en etapa terminal en un hospital público de lima?

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación que existe entre estrés y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Qué nivel de estrés y de ansiedad presentan los pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima?
- ¿Cuál es la relación que existe entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima?
- ¿Cuál es la relación que existe entre sexo y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima?

1.4. Antecedentes

1.4.1 Antecedentes internacionales

Buitrago, L., Córdón, L., & Cortés, R. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de la ansiedad y la depresión e identificar sus factores de riesgo asociados. La ansiedad se observó mayormente en mujeres con OR: 2.36, con edades de más de 40 años; los jubilados tenían menos índices de ansiedad frente a los empleados sin embargo los jubilados tenían un índice mayor de depresión frente a los empleados. Se concluye que la ansiedad y depresión se observó con mayor frecuencia en mujeres con edades por encima de los 40 años, de

acuerdo al empleo, los jubilados tenían menos índices de ansiedad, pero mayor índice de depresión debido a la falta de actividad.

Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). realizó un estudio en México, titulado “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad y depresión relacionados al tiempo con la enfermedad del hospital Juárez de México. El estudio fue transversal, descriptivo, donde se incluyeron a 111 pacientes. Los resultados fueron que el 53% presentaban síntomas de ansiedad y el 47% síntomas de depresión, los pacientes con menos de dos años de diagnóstico (grupo A), presentaron menos ansiedad (media de 8.66) y depresión (media de 7.77) frente a pacientes con más de dos años con el diagnóstico (grupo B) con una media de 12.61 para ansiedad y 13.33 para depresión. En los pacientes con una enfermedad crónica su media fue 10.63 para ansiedad y 10.29 para depresión, pacientes con dos o más enfermedades crónicas fue, ansiedad 10.31 y depresión 9.97. En conclusión, de acuerdo al tiempo de diagnóstico la ansiedad y depresión fueron aumentando, además, hubo una relación positiva y moderada alta la cual indicó que a mayor ansiedad y mayor depresión.

Miaja, M., & Moral, J. (2011) en su tesis titulado “Calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Lima; fue desarrollada con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal realizado en una población de 700 pacientes, teniendo como muestra 248 pacientes. Los datos fueron recogidos utilizando la técnica de encuesta y como

instrumento una escala de Likert modificada aplicado previo consentimiento informado validado por Patricia Arteaga Llacza basado en la EORTC (Organización Europea para la investigación en el tratamiento del cáncer) y sometido a juicio de expertos (8), siendo válidos solo 28 ítems de los 36 ítems que se planteó en el piloto. Los resultados obtenidos demostraron que la calidad de vida del 100% (248), 66% (163) es regular, 18% (44) es alta y 16% (41) baja. En cuanto a la dimensión física 71% (177) es regular, 15% (37) alta y 14% (34) baja; en la dimensión psicológica 60% (149) es regular, 21% (52) es baja y 19% (47) alta; en la dimensión social 58% (145) es regular, 21% (53) baja y 21% (50) alta. Las conclusiones señalan que la calidad de vida de los pacientes oncológicos en la unidad de quimioterapia ambulatoria, la mayoría expresan que es de regular a alta ya que necesitan permanecer en la cama sentado en una silla durante todo el día, se sienten débiles, tristes, participan en reuniones sociales y/o paseos de recreación; duermen de 6 a 8 horas, se preocupan mucho por la impresión que causan ante los demás y manifiestan que el tratamiento ha interferido en su vida familiar; seguido de un mínimo porcentaje significativo que expresan que es baja ya que no pueden realizar actividades que requieran un esfuerzo físico, se preocupan mucho por la impresión que causa a los demás y no participan en reuniones sociales y/o paseos de recreación. Por último, la investigadora recomienda que la unidad de quimioterapia diseñe e implemente programas de educación para la salud con estrategias participativas como dinámicas de grupo y/o talleres, también elaborar programas de consejería destinado a proporcionar apoyo y soporte emocional a pacientes y familiares para enfrentar los efectos derivados del tratamiento.

Según Linares, E. (2018) en su libro Psicooncología refiere con respecto a la negación: El concepto de negación en psicooncología es utilizado cuando los pacientes parecen no comprender la gravedad de su diagnóstico. Se sospecha que un paciente

hace uso de este mecanismo cuando no formula preguntas sobre su enfermedad a pesar de las oportunidades que se le dan o cuando se lanza en proyectos poco realistas o incluso cuando parece comprender la situación, pero no manifiesta ninguna reacción emocional respecto a ella (p.303).

Por otro lado, Linares, E. (2018) afirma que “generalmente las personas utilizan la negación para protegerse contra la ansiedad y las contrariedades de la vida cotidiana (como cerrar los ojos, preferir no saber, etc.)” (p. 303).

Aceptación del diagnóstico: Según Sociedad Americana Contra El Cáncer. (2017) “se acepta el diagnóstico (en mayor o menor grado) y comienzan un arduo camino por potenciar al máximo la calidad de vida”.

Pensamiento de resignación: Según Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012)

Esta palabra la utilizamos en los que nos vemos incapaces de conseguir algo que hemos deseado mucho. En muchas ocasiones va unida a la percepción de fracaso e impotencia. No es fácil para todo el mundo asumir cuando no es capaz de resolver, de controlar algo

1.4.2. Antecedentes nacionales

Contreras, E. (2018)”. El estudio se basó en determinar los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, octubre-diciembre 2017. Concluyó que las mujeres sufrieron de mayor grado de depresión y que la misma fue mayor si los pacientes tenían un nivel de educación más básica, las mujeres casadas y los hombres solteros tuvieron mayor incidencia de depresión. Fue un

Estudio de tipo observacional y analítico. Para el cálculo de la muestra se usó un muestreo probabilístico sistemático, donde la muestra estuvo conformada por 99 pacientes con tiempo de hospitalización mayor a 48 horas. La conclusión final determino que los factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” durante el periodo octubre-diciembre 2017 fueron: el sexo, la ausencia de acompañante, diabetes y antecedente de depresión.

Linares P. (2017) en su tesis titulado “calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, consultorio oncológico medicarte, El estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la Calidad de Vida y Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer sometidos quimioterapia – Consultorio Oncológico MedicArte. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo y nivel aplicativo, método descriptivo, diseño correlacional; fue realizado en una muestra de 70 pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario Calidad de Vida EORTC-QLQ C-30 y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos CAEPO ambos modificados por el autor, validados por juicio de expertos. Concluyó que existe una correlación directa y positiva entre la variable calidad de vida y la variable afrontamiento al estrés, según la correlación de Spearman de 0.670, que tuvo como resultado moderado. Se recomendó así la educación, el entrenamiento en la toma de decisiones y solución de problemas, el manejo del estrés y de la frustración, manejo de emociones perturbadoras.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación Legal

En el Perú existen leyes que respaldan la investigación científica, es así como el presente estudio se ampara en la normativa que se enumera a continuación.

Ley General de Salud (LEY N° 26842) y Ley de Derechos del paciente y la reciente ley de cuidados paliativos y la Ley General de Educación promulgada por el Estado Peruano. Promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la Salud y los cuidados paliativos.

1.5.2. Justificación Teórico-Científico

El Estrés y la ansiedad y la depresión son dos trastornos de índole psicológicos y/o psiquiátricos comunes y de alta prevalencia en la salud mental de nuestra población Peruana, entre los pacientes ingresados a instituciones sanitarias con unidades de Onco-Hematología y unidad de cuidados paliativos como el hospital central de la fuerza aérea del Perú y como en todos los hospitales se observa un mayor aumento de casos de Enfermedad Oncológica en estadio Terminal llevando con ello una gran crisis personal familiar social y a nivel sanitario presupuestal y social y necesario la implementación de políticas de salud del estado Peruano y recientemente impulsada con la apertura de la nueva Ley de Cuidados Paliativos y manejo del Dolor en la cual intervienen todos los profesionales de salud en conjunto con sus familiares.

1.5.3. Justificación Práctica

Desde un enfoque práctico, el estudio se justifica que el estado de vulnerabilidad de las enfermedades oncológica terminal estadio III – IV se asocian muy

frecuentemente a estados variables de estrés y ansiedad de gran intensidad y que con un diagnóstico oportuno, es el primer paso para generar diversos programas de intervención, que pueden ser de mucha utilidad para mejorar la calidad de vida del paciente, beneficiándolos esencialmente en la reducción del manejo de síntomas y lograr la intervención familiar y del equipo sanitario en su conjunto.

La importancia de la presente investigación es buscar las herramientas correctas de abordaje oportuno, real y humano que nos permita con un simple Diagnóstico precoz disminuir el estrés y la ansiedad en pacientes con enfermedad terminal oncológica y que en el conjunto de sus tratamiento médico con la quimioterapia puedan asegurar una mejor calidad de vida, del mismo modo, para fines académicos y que todo el personal de salud y familiares se involucren y aprendan a abordar situaciones difíciles y reducir el estrés y ansiedad durante el tratamiento del paciente oncológico con enfermedad Terminal.

Es importante esta investigación porque manejando el estrés y la ansiedad durante el tratamiento con quimioterapia podremos disminuir las tasas de mortalidad elevada por factores psicológicos de igual manera saber todos el cómo podemos disminuir los miedos y temores propios de la enfermedad.

1.6. Limitaciones de la investigación

La presente investigación tiene limitaciones de índole administrativo en el hospital central de la FAP por la demora en solicitar las autorizaciones correspondientes, la falta de recursos académicos y de tiempo libre fuera del ámbito laboral, sin embargo, estas limitaciones no han impedido conseguir los objetivos de la Investigación

1.7. Objetivos de la investigación

1.7.1. Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre estrés y ansiedad en pacientes con enfermedad oncológica en un hospital público de Lima.

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación que existe entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológico en un hospital público de Lima.
- Identificar la relación que existe entre sexo y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

- Existe una relación significativa entre estrés y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

1.8.2. Hipótesis específicas

- Existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.
- Existe una relación significativa entre sexo y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

II. Marco teórico

2.1. Marco teórico

El estrés y la ansiedad son reacciones fisiológicas del organismo en la esfera conductual y espontaneas que permiten afrontar una situación que se percibe como amenazante, la persona siente que está bajo una fuerte presión mental, física o emocional. Hoy en día, es bastante frecuente padecer un cierto nivel de estrés o de ansiedad, pero éste debe ser tolerable y no afectar de forma negativa a nuestra vida.

Hay determinadas situaciones que pueden aumentar nuestro nivel de ansiedad, ya sean rutinarias u otras menos comunes: personales, problemas en el trabajo, relaciones amorosas, o las enfermedades catastróficas como es el Cáncer.

Enfermedad Terminal oncológica es un estadio clínico de progresión de enfermedad en la cual la atención sanitaria no va ser curativa sino solo de control de síntomas desagradables muchas veces, donde el primer y segundo esquema terapéutico falla y la progresión de la enfermedad se hace inexorable y es aquí donde se presentan de forma súbita las situaciones de angustia o un nivel de estrés elevado, sintiendo que no pueden controlar su vida o los cambios debidos a la enfermedad.

El estrés es uno de los factores y carga frecuente que afectan de forma muy significativamente a la calidad de vida de los enfermos, siendo clave para lograr cierta eficacia en el tratamiento de la enfermedad. El cuerpo reacciona al estrés, dotándole de mayor fuerza y rapidez para escapar de una amenaza percibida, pero unos elevados niveles de estrés o una situación de ansiedad durante un periodo de tiempo prolongado, pueden llegar a provocar problemas de salud importantes alterando el funcionamiento del sistema inmunitario o del

aparato digestivo, o dando lugar a la aparición de insomnio, depresión y demás enfermedades concomitantes.

No hay evidencias científicas que demuestren que el control del estrés mejora la supervivencia del cáncer, pero sí que este control de síntomas que ayudan a desarrollar una vida saludable y mejora el bienestar físico y mental del paciente.

Para intentar disminuir ese nivel de estrés o ansiedad, es fundamental el apoyo de familiares y amigos,

El estrés es una respuesta común por la interacción de una persona con su entorno, es un proceso dinámico, cambiante por medio de la relación que se da entre los estímulos del medio y los recursos personales que se utilizan para manejar o reducir las demandas internas o externas que son vistas como desbordantes para la persona (Lazarus, 2000, citado por Riu & Forner). Lo anterior se explica a través del modelo de estrés percibido el cual define que este depende del significado que la persona les dé a los diferentes eventos, al ser valorada de manera positiva la situación es beneficiosa para el individuo, pero si por lo contrario lo identifica como amenazante o desafiante desencadenaría la respuesta de estrés. Thomae (2002) cita a Pfeiffer (1977), quien resalta que en el adulto mayor se evidencian altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar, de este modo se reduce la vida social y al mismo tiempo se observa como disminuyen sus capacidades tanto motoras como mentales. El estrés en adultos mayores puede deteriorar la salud debido a que al enfrentar una situación que genere tensión, el organismo produce mayor cantidad de la hormona cortisol u hormona del estrés, por lo que se presenta una reducción anormal en los telómeros lo cual genera deterioro de la memoria, envejecimiento prematuro e incluso la muerte, por ello se sugiere afrontar el estrés como reto y no como amenaza (Rodríguez, 2003). La investigación realizada por Hernández,

Ehrenzweig & Navarro (2009) cuyo objetivo era medir los niveles de estrés percibido de acuerdo a las características de personalidad, en una muestra de 102 adultos mayores en la cual se obtuvieron como resultados, que todos los participantes presentan puntuaciones altas en el cuestionario de personalidad resistente, lo que llevó a concluir que el adulto mayor al presentar personalidad resistente posee características y rasgos que lo llevan a la autoconstrucción mejorando de esta forma su bienestar, lo que disminuye los generadores de estrés.

La ansiedad es definida como la respuesta emocional a una situación indeseada, que comprende tres componentes los cuales son el cognitivo, el fisiológico y las funciones motoras, en los cuales la percepción y características del individuo frente a los estímulos internos y externos es lo que genera dicha respuesta (Mayor & Pinillos, 1990). Se observa como las alteraciones emocionales y físicas que Integración Académica en Psicología Volumen 6. Número 17. 2018. ISSN: 2007-5588 Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología – ALFEPSI. Page73 presenta el adulto mayor pueden desencadenar, además del estrés, la inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar y el agotamiento físico causando una preocupación excesiva., situaciones de ansiedad, además de quebrantos de salud (Yuste, Rubio & Aleixandre, 2004). Beck & Clark (2012), refieren que existe una estructura cognitiva que genera sesgos en el procesamiento de la información, denominadas distorsiones cognitivas, cumpliendo una función en el desarrollo de la ansiedad, las cuales se activan selectivamente asociándose al peligro representado en la memoria a largo plazo. El individuo desarrolla la ansiedad por la interpretación que realiza de los eventos y no por estos en sí, la estrategia a utilizar es la reestructuración cognitiva, logrando así que el individuo modifique las interpretaciones de las vivencias, estimulando al individuo para que logre organizar los pensamientos de una forma realista y adaptativa. Diagnosticar en el adulto mayor ansiedad es

complejo, por lo que en ocasiones se presenta a la vez con depresión y demencia y en otros casos se confunde con enfermedades agudas que presentan la misma sintomatología como lo son palpitaciones, dificultad al respirar, cambios en el apetito y debilidad, por lo que se recomienda realizar un examen a profundidad por un especialista en geriatría (Hidalgo, 2001).

La ansiedad en los cuales la percepción y características del individuo frente a los estímulos internos y externos es lo que genera dicha respuesta Cruz, H., Angarita, A., & Moreno, J. (2013) Se observa como las alteraciones emocionales y físicas que Integración Académica en presenta el adulto mayor pueden desencadenar, además del estrés, la inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar y el agotamiento físico causando una preocupación excesiva., situaciones de ansiedad, además de quebrantos de salud según el Consejo de salubridad nacional - Gobierno Federal. (2010) refieren que existe una estructura cognitiva que genera sesgos en el procesamiento de la información, denominadas distorsiones cognitivas, cumpliendo una función en el desarrollo de la ansiedad, las cuales se activan selectivamente asociándose al peligro representado en la memoria a largo plazo. El individuo desarrolla la ansiedad por la interpretación que realiza de los eventos y no por estos en sí, la estrategia a utilizar es la reestructuración cognitiva, logrando así que el individuo modifique las interpretaciones de las vivencias, estimulando al individuo para que logre organizar los pensamientos de una forma realista y adaptativa. Diagnosticar en el adulto mayor ansiedad es complejo, por lo que en ocasiones se presenta a la vez con depresión y demencia y en otros casos se confunde con enfermedades agudas que presentan la misma sintomatología como lo son palpitaciones, dificultad al respirar, cambios en el apetito y debilidad, por lo que se recomienda realizar un examen a profundidad por un especialista en geriatría

Afrontamiento al Estrés

Según Santamaría, L. (2008) refieren que:

Ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso en el que constantemente se realizan esfuerzos para afrontar la situación que se percibe como amenazantes o excedente de lo que el individuo puede hacer.

Según Hernández, M., Oñate, D., Rodríguez, D., Sánchez, L., Benzanilla, J., & Campos, J. (2011) menciona al respecto que:

El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida.

Por otro lado, Santamaría, L. (2008) afirma que “el Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud, estima para el 2020 que el estrés sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida”.

Por otro lado, INEN. (2016) acota que:

Los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad pueden resultar estresantes para las personas con cáncer. Quienes tratan de controlar el estrés

adoptando comportamientos riesgosos, como fumar o tomar alcohol, o quienes se vuelven más sedentarios pueden tener una peor calidad de vida después del tratamiento del cáncer. Por el contrario, se ha demostrado que las personas que usan estrategias eficaces de superación para manejar el estrés, tales como técnicas de relajación y de manejo del estrés, tienen grados más bajos de depresión, de ansiedad y de síntomas relacionados con el cáncer y su tratamiento. }

Sin embargo, no hay evidencia de que un control exitoso del estrés psicológico mejore la supervivencia al cáncer.

La evidencia de estudios experimentales sí indica que el estrés psicológico puede afectar la capacidad que tiene un tumor para crecer y diseminarse. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que cuando los ratones portadores de tumores humanos estaban confinados o aislados de otros ratones— situaciones que aumentan el estrés—sus tumores tenían más probabilidad de crecer y de diseminarse (tener metástasis). En un conjunto de experimentos, los tumores trasplantados a tejidos adiposos mamarios de ratones tuvieron índices muchos mayores de diseminación a los pulmones y a los ganglios linfáticos si los ratones estaban estresados crónicamente que si no lo estaban. Estudios en células cancerosas de ratones y de seres humanos cultivadas en el laboratorio han encontrado que la hormona de estrés norepinefrina, la cual es parte del sistema de reacción de combate o de escape que tiene el cuerpo, puede promover la angiogénesis y la metástasis.

INEN. (2016) agrega que, en otro estudio, a las mujeres con cáncer de seno (mama) triple negativo que habían sido tratadas con quimioterapia neoadyuvante se les preguntó sobre su uso de bloqueadores beta, los cuales son 50 medicamentos que interfieren con determinadas hormonas de estrés, antes y durante la quimioterapia. Las mujeres que dijeron usar bloqueadores beta tuvieron una mejor posibilidad de sobrevivir a su tratamiento de cáncer sin una recidiva (regreso del cáncer) que las mujeres que no reportaron el uso de

bloqueadores beta. Sin embargo, no hubo diferencia entre los grupos en cuanto a la supervivencia general.

Aunque todavía no existe evidencia sólida de que el estrés afecta directamente los resultados del cáncer, algunos datos indican que los pacientes pueden presentar una sensación de impotencia o de desesperación cuando el estrés se vuelve abrumador. Esta respuesta se asocia con índices más altos de mortalidad, aunque el mecanismo para que esto ocurra no está claro. Puede ser que las personas que se sienten impotentes o sin esperanza no busquen un tratamiento cuando se enferman, que se den por vencidas antes de tiempo o que no sigan una terapia posiblemente útil, que adopten comportamientos riesgosos como el consumo de drogas o que no mantengan un estilo de vida saludable, lo cual resulta en una muerte prematura.)

Contreras, E. (2018) manifestaron que existen dimensiones para el afrontamiento al estrés, entre ellos tenemos:

Afrontamiento activo

Este tipo de afrontamiento favorece la adaptación a la situación de la enfermedad, debido a que el paciente afronta la situación manejando sus estados emocionales negativos, se muestra colaborador y con apertura para recibir apoyo emocional.

El sujeto tanto a nivel conductual como cognitivo, adopta un papel activo en todo lo referente a su enfermedad.

El sujeto valora la situación como grave y difícil, pero, al mismo tiempo, ve en ello un reto al que quiere responder con todos los recursos de los que dispone.

Actitud positiva: Para Contreras, E. (2018) refiere que:

El pensamiento positivo no implica que tengas que ignorar las situaciones vitales menos placenteras. Solo quiere decir que el enfoque ante situaciones desagradables es más positivo y productivo. Piensas que lo que va a ocurrir es lo mejor, en lugar de lo peor.

Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012) refiere con respecto a la esperanza y acota:

Tener esperanza es creer que el destino puede cambiar. Es confiar en que se va a tener suerte. Es estar convencido de que hay soluciones. Es un sentimiento positivo relacionado con la espera. Tener esperanza impide que caigamos en el desánimo, en la depresión y que demos algo por perdido. Cuando la pierdes, dejas de involucrarte con tu objetivo, pierdes el interés y no inviertes el esfuerzo, el trabajo ni la creatividad que requiere la situación.

Confianza: Según Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012) con respecto a la confianza refiere:

La confianza en uno mismo no es más que una creencia, una cuestión de expectativas. Si tengo expectativas de que seré capaz de tener éxito en los obstáculos que se me presenten, confiaré en mí mismo. Tiene varios significados, como, por ejemplo, autoaceptación, autosatisfacción, autoconsciencia. La autoconfianza forma parte del ser humano, el resultado de la mezcla entre autoestima y autoeficacia; la autoeficacia es la impresión que tiene una persona de que es capaz de cumplir sus metas, la autoestima está más relacionada a la percepción que tiene una persona sobre sí misma y sus capacidades.

Manejo de emociones negativas: Santamaría, L. (2008) refiere que

(..) no podemos ni desconectar ni elegir nuestras emociones, pero podemos intentar conducir las, mediante el control de emociones, que no debe ser entendido como forma de represión de las emociones. El objetivo de las técnicas de control es evitar que cuando se dispara una emoción negativa; nos arrastre y la expresemos de una forma desbordante de la que luego nos podamos arrepentir.

2.1.1. Rumiación y preocupación ansiosa

Santamaría, L. (2008) hacen referencia a pensamientos repetitivos, los cuáles solo giran en torno a los acontecimientos del pasado, y en los síntomas y sentimientos que

estos producen, así como en las causas y consecuencias de la situación adversa que se está viviendo, sin progresar de forma activa en la solución. En este sentido, se encontró que a mayor rumiación y preocupación ansiosa menor afrontamiento activo. Es decir, que el preocuparse y tener pensamientos repetitivos y negativos no permiten que la persona adopte comportamientos afectivos que favorezcan el afrontar activamente el proceso del cáncer.

El sujeto valora la situación como grave y muy amenazante, al mismo tiempo que tiene incertidumbre respecto a la evolución y el futuro de su enfermedad. Esto hace que se manifieste ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación, y respecto al pronóstico y al resultado final.

Según Miaja, M., & Moral, J. (2011) pone énfasis con respecto a la ansiedad y afirma:

Un nivel elevado de ansiedad es comprensible en pacientes oncológicos, teniendo en cuenta el estado de angustia asociado al diagnóstico de la enfermedad. Una reacción ansiosa aguda puede presentarse en las diferentes fases de la dolencia como, por ejemplo, el inicio y el final del tratamiento, la aparición de metástasis, las recaídas y el comienzo de los cuidados paliativos (p.313).

Pensamiento ansioso: Para Miaja, M., & Moral, J. (2011) refiere: no es malo sentirse ansioso; todos tenemos ansiedad porque es algo corriente y normal en los seres humanos, sin embargo, esta ansiedad debe establecerse dentro de los parámetros para que sea considerada como benévola, ya que cuando supera límites normales, la ansiedad comienza a ser un problema.

Preocupación: Según Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012) refiere que la preocupación surge ante situaciones cotidianas que pueden favorecer la sensación de cierta amenaza o peligro. Este sentimiento se precipita cuando las decisiones que hay que tomar, no tienen soluciones claras. La preocupación no se interpone en el camino de las actividades y responsabilidades diarias. Quien las padece, es capaz de controlar sus pensamientos. Las preocupaciones tienen una duración limitada en el tiempo. Las preocupaciones suelen ser realistas.

2.1.2. Evitación y negación

Por otro lado, Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012) menciona a este indicador como:

Evitar pensamiento sobre la situación por la que se está atravesando. Necesidad de distanciarse, evitar y suprimir pensamientos y emociones. Según, Rabinowitz & Peirson al negar la situación, la persona se defiende de pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazantes; manifestándose tanto en personas sanas como en personas con alguna enfermedad, y/o en los familiares del paciente.

El sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad, lo cual en principio no va a favorecer la lucha y el enfrentamiento a la situación.

Evasión de la realidad Cruz, H., Angarita, A., & Moreno, J. (2013) refiere al respecto que la evasión, se utiliza al igual que los de defensa, para proteger el Yo. Las pautas de conductas seguidas para buscar el ajuste, en este tipo de mecanismo, siempre se refieren al alejamiento, que implica todas las posibles formas de huida. Cuando utilizamos mecanismos de evasión en la búsqueda del ajuste, nuestra conducta está

dando a entender que hemos renunciado a la lucha franca y nos acogemos a los tipos evasivos de ajuste que nos proporcionan protección contra el peligro.

Negación del diagnóstico

Cruz, H., Angarita, A., & Moreno, J. (2013) sostiene respecto a sí mismo que minimiza las repercusiones de los síntomas y signos, tendiendo a maximizar los logros y minimizar los déficits. Este es un mecanismo de defensa que puede ir acompañado de la no aceptación del diagnóstico y la visita a varios profesionales para pedir, como mínimo, una segunda opinión.

2.1.3. Pasividad y resignación

Para este indicador Contreras, E. (2018) refieren que ponen de manifiesto que el no hacer nada y el resignarse solo conduce a que la persona se encuentre continuamente evitando y generando pensamientos negativos que producen que la situación se experimente con mayor malestar emocional.

Considera que tiene muy pocas posibilidades para superarla, tiene una visión pesimista, y en cierto modo fatalista, respecto a su futuro y a la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Para Contreras, E. (2018) la evitación puede ser una manera de no hablar de su estado y aduce lo siguiente:

Buen número de pacientes está al tanto de su estado, pero prefiere evitar hablar del tema. ¿Se trata de una estrategia de evitamiento cognitivo o de una represión en el sentido psicoanalítico del término? A veces, los pacientes con poca educación “ignoran” la gravedad de su estado a pesar de las explicaciones que se les ha brindado (p.305). 57

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Ansiedad

Se define como ansiedad de inquietud, terror o de malos presagios. También se le puede llamar tensión o estrés y popularmente se le conoce como nerviosismo o tembladeras.

2.2.2. Estrés

Es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), donde también se le conoce como trastorno de humor o trastorno afectivo; se experimenta profundos sentimientos de tristeza que pueden invalidar el desarrollo de sus relaciones familiares y responsabilidades laborales.

2.2.3. Paciente oncológico en estadio terminal

Proceso por el cual el paciente es diagnosticado de cualquier tipo de cáncer y que ha hecho metástasis a órgano o sistemas y el progreso de enfermedad es inminente.

2.2.4. Resignación

Entrega voluntaria que alguien hace de sí poniéndose en las manos y voluntad de otra persona.

2.2.5. Rumiación

Hacen referencia a pensamientos repetitivos, los cuáles solo giran en torno a los acontecimientos del pasado, y en los síntomas y sentimientos que estos producen, así como en las causas y consecuencias de la situación adversa que se está viviendo, sin

progresar de forma activa en la solución. Hernández, M., Oñate, D., Rodríguez, D., Sánchez, L., Benzanilla, J., & Campos, J. (2011).

2.2.6. Síntomas

Manifestaciones clínicas que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente.

(Descriptores en Ciencias de la Salud, s.f.)

III. Método

3.1. Tipo de investigación

Se planteó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo aplicada según la asignación de factores y las variables de estudio no fueron controlados ni manipulados.

El diseño del presente estudio corresponde a un diseño descriptivo correlacional, según se describe:

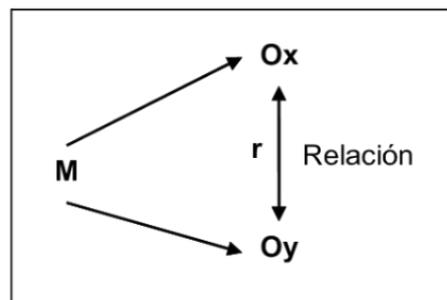


Figura 1. Diseño de la investigación

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

De acuerdo con las estadísticas del Hospital Central de la FAP hay cada mes el diagnóstico de más de 65 nuevos casos de cáncer en etapa terminal. La población objeto de estudio para el periodo de recolección de los meses junio – julio 2019 correspondió a 132 pacientes adultos oncológicos.

3.2.2. Muestra

Para calcular el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de población finita o conocida, considerando un nivel de confianza del 95%, un error de precisión de 5% y

dado que no se conoció la proporción de pacientes con ansiedad y estrés, se consideró una proporción convencional considerando una muestra de 99 pacientes.

3.2.3. Tamaño de muestra:

Para el cálculo de la muestra con población finita se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población: N=132

Nivel de Confianza (95): $Z\alpha=1.96$

Proporción a favor: $p=0.5$

Proporción en contra: $q=0.5$

Error de precisión: $d=0.05$

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de la edad de los pacientes oncológicos en etapa terminal

	Frecuencia	Porcentaje
Primera adultez (Adultez joven 1)	1	1,0
Jóvenes adultos (Adultez joven 2)	11	11,1
Adultez media	33	33,3
Adultez posterior (Adultez mayor 1)	24	24,2
Senectud (Adultez mayor 2)	30	30,3
Total	99	100,0

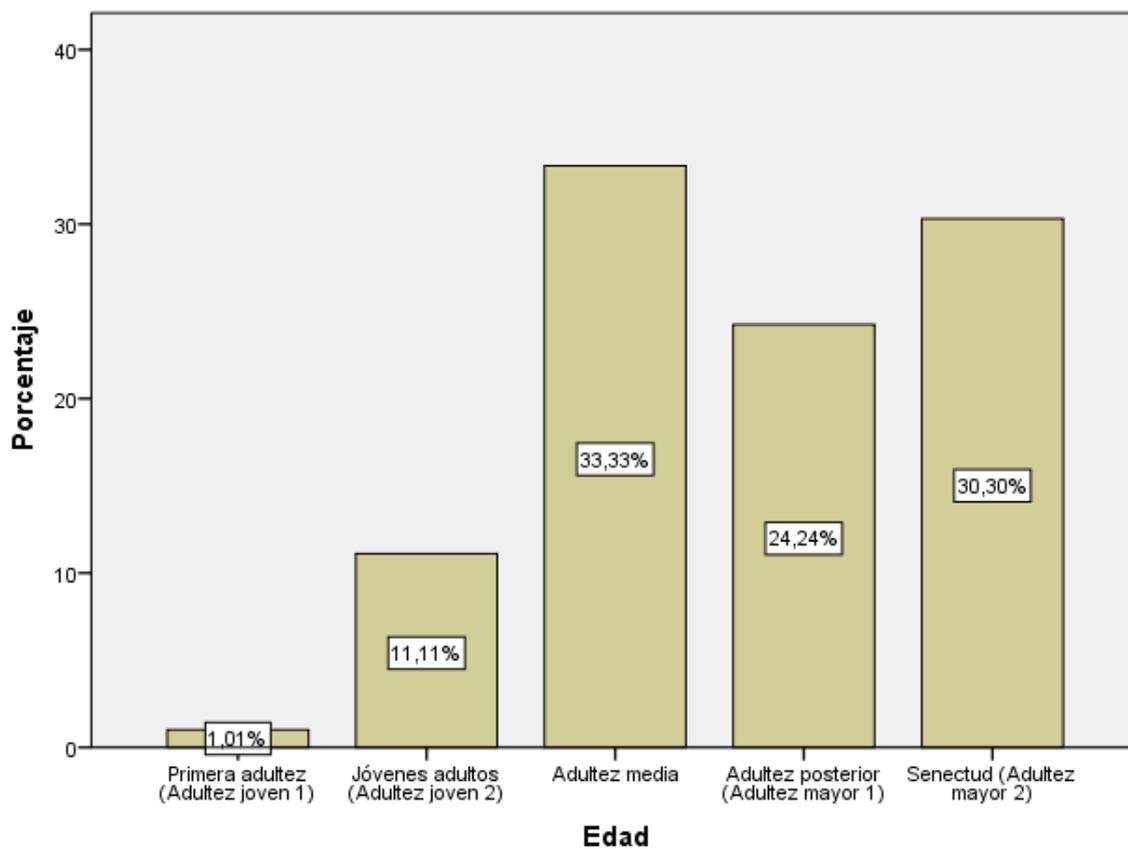


Figura 2. Datos sociodemográficos de la edad de los pacientes oncológicos en etapa terminal

Tabla 2.

Datos sociodemográficos del sexo de los pacientes oncológicos en etapa terminal

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	22	22,2
Femenino	77	77,8
Total	99	100,0

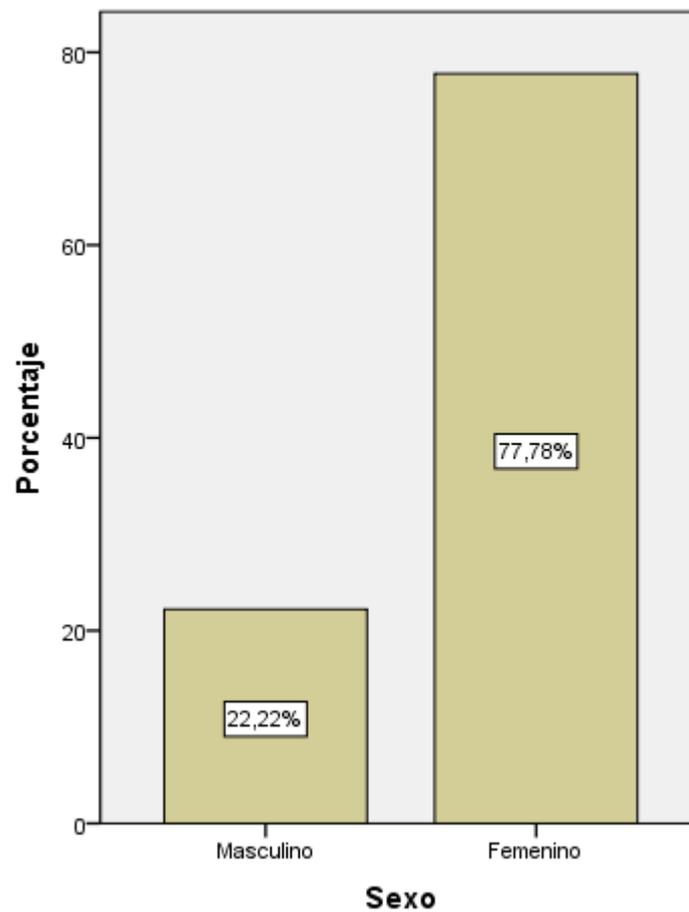


Figura 3. Datos sociodemográficos del sexo de los pacientes oncológicos en etapa terminal

Tipo y técnica de muestreo:

El tipo de muestreo fue probabilístico, ya que todas las unidades de la población tienen cierta probabilidad de pertenecer a la muestra. La técnica de muestreo fue el muestreo probabilístico aleatorio simple.

3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión**Criterios de inclusión:**

- Mayores de 18 años
- Que acepten participar del estudio.
- Sin enfermedad psiquiátrica previa
- Sin dificultades para leer o escribir o que les impidan completar la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años
- Que no acepten participar del estudio.
- Con enfermedad psiquiátrica previa
- Con dificultades para leer o escribir o que les impidan completar la encuesta.

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 3.

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable independiente: Estrés y ansiedad	Estrés	Bajo
		Regular
		Alto
	Ansiedad	Con ansiedad
		Sin ansiedad
Variable dependiente: Paciente oncológico	Edad	Primera adultez (Adultez joven 1)
		Jóvenes adultos (Adultez joven 2)
		Adultez media
		Adultez posterior (Adultez mayor 1)
		Senectud (Adultez mayor 2)
	Sexo	Masculino
	Femenino	

3.4. Instrumentos

Para esta investigación se utilizaron dos instrumentos, la escala de ansiedad de Goldberg y la Escala de Estrés Percibido. Estos instrumentos han sido utilizados en estudios realizados en Perú y validados por expertos de las facultades de Psicología y del colegio de Psicólogos del Perú para medir los niveles de ansiedad. Es así como de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G) se utilizó como herramienta de apoyo para el diagnóstico y aplicándose únicamente la subescala de ansiedad la cual fue propuesta por su autor en 1988, y que ha sido adaptada y validada a la versión castellana por Montón, et al. (1993), tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados. La dimensión de la EADG se ha investigado mediante el análisis de rasgos latentes con variables dicotómicas (Goldberg et al. 1988; Mackinnon, Christensen, & Form, 1994).

Para medir los niveles de estrés se utilizó la versión española de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) de Cohen, Kamarak, & Mermelstein (1983), escala que mide la percepción de estrés en situaciones de la vida cotidiana. La escala cuenta con una consistencia interna de 0,86. Del mismo modo, en la aplicación del presente estudio se halló una consistencia interna de 0,924.

Para la medición de la presencia o ausencia de ansiedad en el paciente oncológico se aplicó la subescala de Ansiedad de Golberg, de la cual se halló una consistencia interna de 0,747 con ayuda del coeficiente Alfa de Cronbach.

Confiabilidad del instrumento de Escala de estrés percibido

Tabla 4.

Confiabilidad del instrumento de Escala de estrés percibido

Alfa de Cronbach	N de elementos
,924	10

Confiabilidad del instrumento de Escala de Ansiedad de Goldberg

Tabla 5.

Confiabilidad del instrumento de Escala de Ansiedad de Goldberg

Alfa de Cronbach	N de elementos
,747	9

Ambos resultados son significativos y guardan relación directa con los datos señalados y demuestra que ambas escalas son de alta confiabilidad

3.5. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo dirigido del Hospital Central de la FAP y a su Comité de Ética y de Educación.

El estudio se realizó en la sala de espera previa a la consulta de los servicios de oncohematología y consultorio paliativo del hospital central de la FAP donde se ve que la imagen de paciente oncológico es más femenina y hay mayor casuística de adultos y adultos mayores.

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 23.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y una posible relación entre las variables de estudio con ayuda de las tablas cruzadas según los objetivos de la investigación. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales y categorizadas se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado.

3.5.1. Análisis cualitativo correlacional

Para determinar los factores asociados a la ansiedad y estrés en pacientes con enfermedad oncológica en estadio terminal III y IV se usará la prueba estadística Chi-cuadrado.

3.5.2. Programas a utilizar para análisis de datos

Los datos recogidos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23 y la prueba estadística para la comprobación de hipótesis utilizada es la del Chi -Cuadrado con la finalidad de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre porcentajes hallados, además de determinar previamente la relación entre las variables planteadas con la aplicación de las tablas cruzadas entre las variables y entre las dimensiones de acuerdo a los objetivos del estudio.

IV. Resultados

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 6.

Nivel de estrés

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	1,0
Regular	27	27,3
Alto	71	71,7
Total	99	100,0

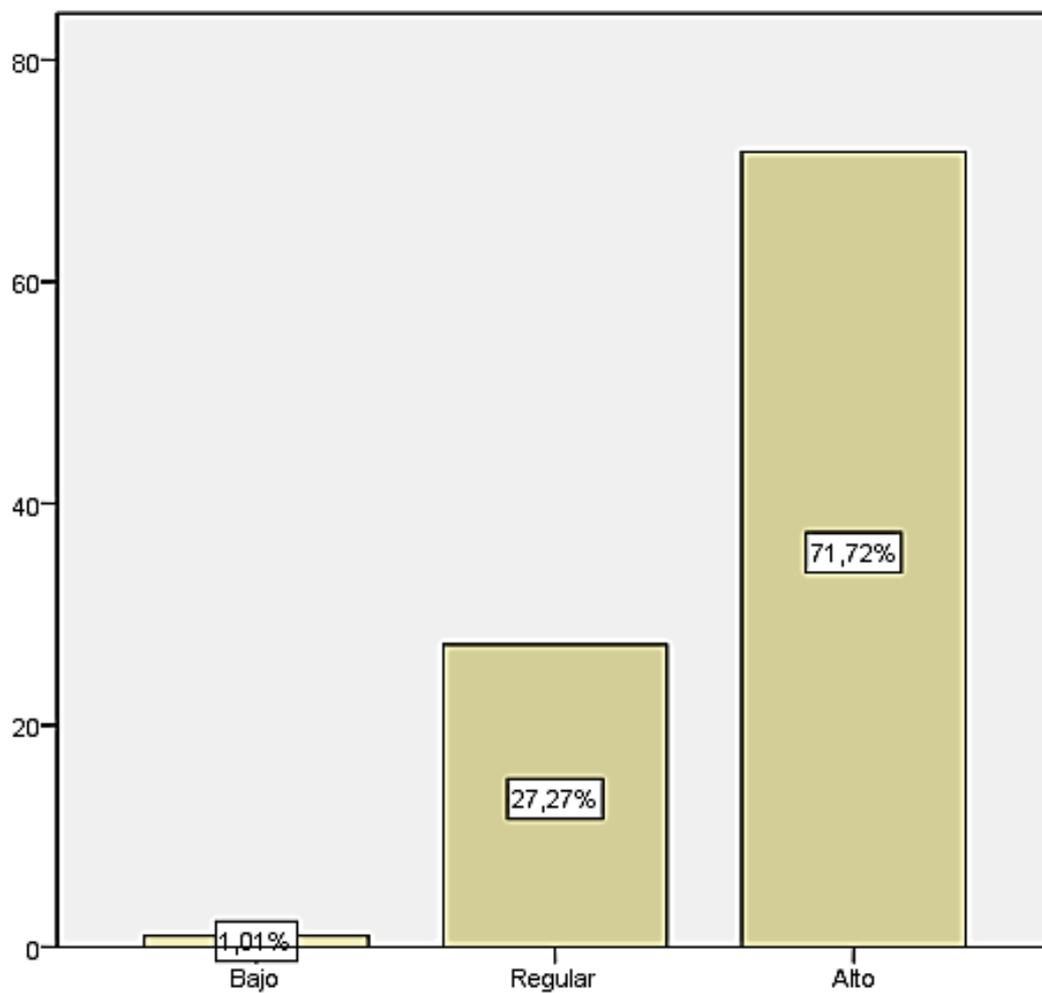


Figura 4. Nivel de estrés

En cuanto a los niveles de estrés las tabla y figura anterior reflejan un nivel alto de estrés en los pacientes adultos oncológicos encuestados en un 71,72% (71) de ellos, seguido de un 27,27% (27) de ellos con un nivel regular y únicamente un 1,01% (1) un nivel bajo.

Tabla 7.

Nivel de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Sin ansiedad	1	1,0
Con ansiedad	98	99,0
Total	99	100,0

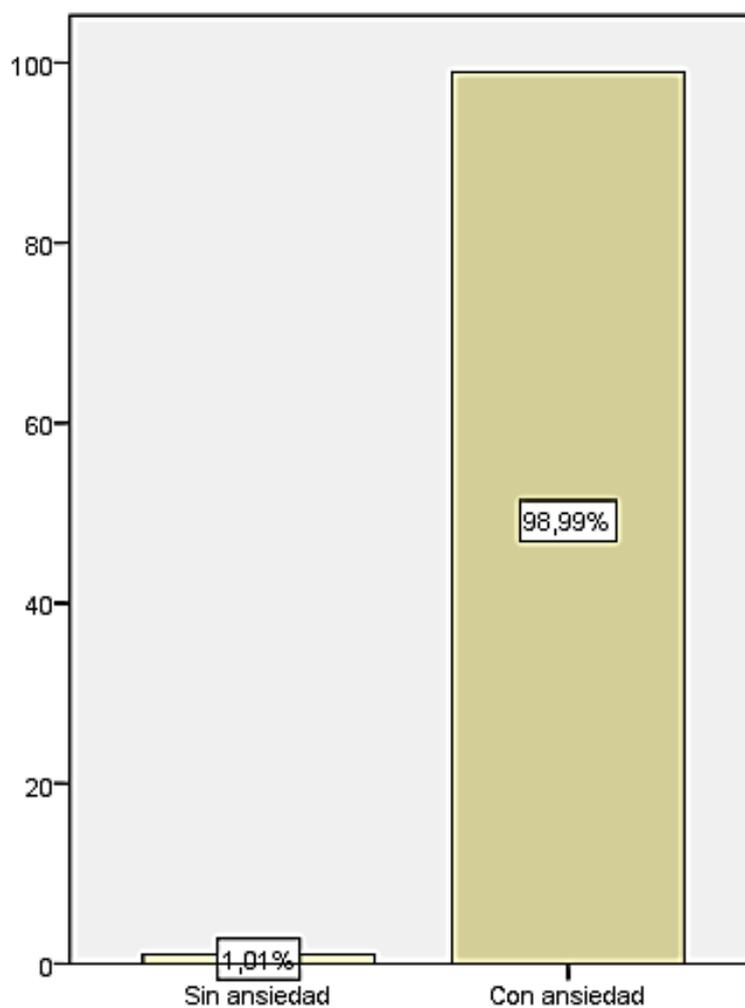


Figura 5. Nivel de ansiedad

En cuanto a la ansiedad presentada en las tabla y figura anterior en los pacientes adultos oncológicos encuestados, esta se presenta en un 98,99% (98) de ellos y únicamente un 1,01% (1) no la presenta.

4.2. Resultados en relación al objetivo general

De acuerdo al objetivo general: “Determinar la relación que existe entre estrés y ansiedad frente al diagnóstico de enfermedad oncológica terminal en un Hospital público Lima” se observa las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: No existe una relación significativa entre estrés y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima

Hipótesis alternativa: Existe una relación significativa entre estrés y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

Tabla 8. *Tabla cruzada Nivel de ansiedad*Nivel de estrés*

Nivel de ansiedad	Nivel de estrés						Total	
	Bajo		Regular		Alto			
Sin ansiedad	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Con ansiedad	1	1%	27	27%	70	71%	98	99%
Total	1	1%	27	27%	71	72%	99	100%

Comentario:

Del 100% (99) de los pacientes oncológicos encuestados, el 71% (70) de ellos presentan ansiedad y estrés en un nivel alto de manera conjunta.

Tabla 9.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,398 ^a	2	,819
Razón de verosimilitud	,669	2	,716
Asociación lineal por lineal	,377	1	,539
N de casos válidos	99		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

ERROR (95%)	0.05
Chi Cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico:
<	2Cx2F
0.398	5,9915

Comentario:

Dado que el Chi Cuadrado calculado (0.398) es menor que el Chi cuadrado crítico (5.9915), además, la significancia 0.819 no es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación no es significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe una relación significativa entre estrés y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

4.3. Resultados en relación a los objetivos específicos

De acuerdo al objetivo específico 1: “Identificar la relación que existe entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima”, se observa las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: No existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima

Hipótesis alternativa: Existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

Tabla 10.

*Tabla cruzada Nivel de ansiedad*Edad*

Nivel de ansiedad	Edad										Total	
	Primera adultez (Adultez joven 1)		Jóvenes adultos (Adultez joven 2)		Adultez media		Adultez posterior (Adultez mayor 1)		Senectud (Adultez mayor 2)			
	15-19	20-29	30-44	45-59	60-74							
Sin ansiedad	0	0%	0	0%	0%	0%	1	1%	0	0%	1	1%
Con ansiedad	1	1%	11	11%	33	33%	23	23%	30	30%	98	99%
Total	1	1%	11	11%	33	33%	24	24%	30	30%	99	100%

Se observa que el 1% de los pacientes no presenta ansiedad pertenece al grupo de adultez mayor 1 (entre 45 y 59 años), mientras que el 33% de todos los pacientes oncológicos encuestados poseen ansiedad y pertenecen a la adultez media (entre 30 y 44 años). Asimismo, el 30% de tales pacientes poseen ansiedad y poseen entre 60 y 74 años. Del mismo modo los pacientes que poseen ansiedad y sus edades oscilan entre 20 y 29 años son corresponden al

11% y solamente el 1% de los pacientes oncológicos presenta ansiedad con la edad entre 15 a 19 años.

Tabla 11.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,157 ^a	4	,532
Razón de verosimilitud	2,866	4	,580
Asociación lineal por lineal	,073	1	,787
N de casos válidos	99		

a. 6 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

ERROR (95%)	0.05
Chi Cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico:
3.157	2Cx2F
	9,4877

Comentario:

Dado que el Chi Cuadrado calculado (3.157) es menor que el Chi cuadrado crítico (9,4877), además, la significancia 0.532 no es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación no es significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

De acuerdo al objetivo específico 2: “Identificar la relación que existe entre sexo y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima”, se observa las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula: No existe una relación significativa entre sexo y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima

Hipótesis alternativa: Existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

Tabla 12.

*Tabla cruzada Nivel de ansiedad*Sexo*

Nivel de ansiedad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
Sin ansiedad	0	0%	1	1%	1	1%
Con ansiedad	22	22%	76	77%	98	99%
Total	22	22%	77	78%	99	100%

Comentario:

Del 100% (99) de los pacientes oncológicos encuestados, el 77% (76) de ellos presentan ansiedad y estrés de manera conjunta en las mujeres adultas.

Tabla 13.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)	Significaci ón exacta (bilateral)	Significaci ón exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,289 ^a	1	,591		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,506	1	,477		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,778
Asociación lineal por lineal	,286	1	,593		
N de casos válidos	99				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,22.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

	ERROR (95%)	0.05
Chi Cuadrado calculado	<	Chi cuadrado crítico:
0.289		2Cx2F
		3,8415

Comentario:

Dado que el Chi Cuadrado calculado (0.289) es menor que el Chi cuadrado crítico (3,8415), además, la significancia 0.591 no es menor a 0,05 lo que permite señalar que la relación no es significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

V. **Discusión de resultados**

El objetivo de la presente investigación fue describir y comparar con variables categorizadas los niveles de estrés y ansiedad en pacientes oncológicos terminales de un hospital público de Lima con objetivos específicos y en rangos de edad y sexo.

Se obtuvo los resultados luego de resolver los objetivos planteados por medio de un análisis descriptivo y comparativo, usando una tabla de frecuencias en la cual se analizó el comportamiento estadístico entre las dos escalas planteadas y por último se realizó una correlación entre los resultados de ansiedad y estrés y su significancia estadística respecto a la edad.

En el presente estudio, la población presentó niveles de ansiedad muy altos, como lo evidencian las puntuaciones señaladas la prueba utilizada, en la que un 71,72% de los pacientes adultos oncológicos encuestados, seleccionaron si presentan estrés y 98,99% presentan ansiedad.

Estos resultados pueden darse por diversas razones lógicas de entendimiento al estar el paciente en una situación personal de una enfermedad catastrófica y al afectar su proyección de vida sus necesidades básicas son postergadas y se incrementan sus preocupaciones de autocuidado y su apego al sistema de salud y a la terapia oncológica lo llevan a tener una crisis existencial real y significativa, permitiendo de esta forma de cómo lograr la reducción de buscar soluciones a sus preocupaciones desencadenando estrés y ansiedad y el factor protector debería ser la familia y el apoyo psicológico precoz, en las que no se presenten las situaciones descritas por Yuste, Rubio & Aleixandre (2004).

Respecto a la escala de ansiedad, las dificultades para conciliar el sueño se asocian directamente como un síntoma de la ansiedad, ya que como lo explica Gómez (2011), en esta

etapa del ciclo vital los patrones del sueño en el adulto mayor cambian ocasionando dificultades para conciliarlo; las fases del sueño se ven alteradas, provocando despertares repentinos con más frecuencia en la noche y de madrugada, por lo que este ítem no representa un valor determinante para los resultados.

En términos de los niveles de estrés en los adultos y adultos mayores, los resultados obtenidos arrojaron también altos niveles, donde más del 70% de los pacientes adultos oncológicos evaluados obtuvieron una puntuación muy significativa, es decir un nivel alto.

Estos resultados pueden asociarse a la poca capacidad de adaptación de estas personas al contexto en el que se encuentran frente a una enfermedad oncológica y es posible que cuenten con una personalidad resistente, con características y rasgos que le permitan la generación de los generadores de estrés, lo cual se asocia a la población de estudio en la que se presentaron hallazgos similares del estudio de Hernández, Ehrenzweig & Navarro (2009).

Un factor que afecta la variable de estrés, es el entorno en el que interactúa el individuo, en el caso de esta investigación, ya que al tener una enfermedad oncológica se encuentra en un ambiente hostil para el paciente porque tienen expectativas de curación y se debe contar con personal que los motiva y acompaña constantemente.

Respecto a la correlación de los ítems de las escalas de ansiedad de Goldberg y estrés de percibido, se encontraron varias similitudes tanto positivas como negativas. Dentro de las correlaciones positivas, la primera se dio entre ansiedad y estrés, se observa que los eventos que generan tensión es saber y conocer sobre la progresión de enfermedad.

La segunda correlación encontrada fue de la presencia o ausencia de ansiedad al presentarse en los pacientes adultos oncológicos según su grupo etario, lo cual implica que a

mayor edad se vuelve para ellos más complejo resolver los inconvenientes que se les presente induciéndolos de esta forma al estrés.

Los resultados de este estudio fueron similares al realizado por Carvajal, Castaño, Noguera & Klimenko (2011) en el cual también trabajaron con adultos mayores en condición de abandono familiar, encontrando que el contexto y la resiliencia que poseen estas personas son herramientas que facilitan la adaptación a dicha condición, transformando de este modo las historias de vida, continuando con sus vidas sobrellevando las limitaciones y adversidades que se les pueda presentar, de esta forma se reducen los niveles de ansiedad y estrés en la población.

Contrastando los resultados con la teoría del ciclo vital de Erickson (1950), se encontró que los bajos niveles de ansiedad y estrés, están asociados a la aceptación y de sus experiencias, los esfuerzos, las decisiones y los cambios que se dieron en el transcurso de la vida y de esta forma se adaptan con mayor facilidad. La cualidad que mejor describe al adulto mayor es la sabiduría, obtenida a través de las vivencias tanto propias como ajenas, las debilidades que se presentan en esta etapa son por el temor a la muerte o la desesperanza.

Las limitaciones encontradas al iniciar la investigación fueron el no poder acceder a una muestra más extensa, ya que no todas las personas que se encuentran en consultorio rechazaron participar del estudio.

Este trabajo presenta relevancia porque se pueden brindar herramientas a la población estudiada que faciliten la adaptación y aceptación de esta fase, hecho que puede llevarse, no solo con pacientes oncológicos sino también con cualquier patológico terminal no oncológica como por ejemplo la enfermedad renal e incluir a los adultos mayores, sino también con los funcionarios de las instituciones y con sus familias.

El estudio debe generar una mirada sobre los valores y respeto hacia paciente oncológico y este caso el paciente adulto y adulto mayor oncológico el cual se ha venido deteriorando a nivel social.

Los resultados obtenidos pueden ser utilizados para futuras investigaciones al ser un tema que debe seguir una mayor población e indagar ítem individual y al no contar con estudios similares dirigidos a esta población se hace relevante y muy significativo.

VI. Conclusiones

Primera:

Se concluye que el 71% (70) de los pacientes oncológicos encuestados presentan ansiedad y estrés en un nivel alto de manera conjunta, y no existe una relación significativa entre estrés y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

Segunda:

Se concluye que el 86% (86) de los pacientes oncológicos encuestados presentan ansiedad y estrés de manera conjunta a partir de la adultez media hasta la senectud, y no existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

Tercera:

Se concluye que el 77% (76) de los pacientes oncológicos encuestados presentan ansiedad y estrés de manera conjunta en las mujeres adultas, y no existe una relación significativa entre edad y ansiedad en pacientes adultos mayores oncológicos en etapa terminal en un hospital público de Lima.

VII. Recomendaciones

Primera:

Se recomienda al personal directivo y multidisciplinario de la FAP elaborar la Norma Técnica de los Cuidados Paliativos Local para el manejo integral de los pacientes oncológicos, así como el uso de guías como el Manual de Procesos y Procedimientos en donde se tengan protocolizado las medidas a tomar, como p. ej. derivar oportunamente al paciente oncológico a apoyo de intervención psicológica de forma precoz.

Segunda:

Se recomienda al todo del área de Oncología y Unidad de Cuidados Paliativos de la FAP el abordaje adecuado de problemas psicológicos inherentes a la enfermedad, incentivando el manejo del estrés y la ansiedad con entrenamiento de manejo de emociones perturbadoras y psicopatológicas. Educar y entrenar a los pacientes oncológicos en la toma de decisiones, así como en asertividad y comunicación para lograr establecer una relación personal asistencial-usuario-familia efectiva.

Tercera:

Se recomienda que a los usuarios oncológicos deben fortalecer sus lazos familiares mediante actividades culturales junto con sus acompañantes, de tal manera que sus actividades cotidianas sean lo más normal, generándose una mejor calidad de vida.

VIII. Referencias

- Anguiano, S., Mora, M., & Reynoso, E. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*, 24-38. Obtenido de <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-14-1-9.pdf>
- Berenguel, M., Díaz, G., & Hidalgo, L. (2012). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de Atlas documentos paliativos en Latinoamérica Perú: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/19_Peru.pdf
- Brady, G., Roe, J., & O'Brien, M. (2017). Obtenido de An investigation of the prevalence of swallowing difficulties and impact on quality of life in patients with advanced lung cancer: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-017-3858-6>
- Buitrago, L., Cordon, L., & Cortés, R. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 6(18), 70 - 81. Obtenido de <http://integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estres%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf>
- Bullón, C. (2005). *Percepción del adulto mayor respecto a la muerte, Albergue Central "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro", Octubre - Noviembre 2003(Tesis de licenciatura)*. Lima, Perú. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2682/Bullon_zc.pdf?sequence=1
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista médica Hered.*, 182 - 191. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
- Campos, D. (2015). *Abordaje psicoterapéutico grupal de ansiedad ante la muerte en el adulto mayor institucionalizado desde el modelo integrativo(Tesis de maestría)*. Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4385/1/10941.pdf>
- Caqueo, A., Segovia, P., Urrutia, U., Miranda, C., & Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda a cuidadores primarios en calidad de vida de pacientes con cáncer

avanzado. *Psiconcología*, 10(1). Obtenido de Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/41950/39951>

Consejo de salubridad nacional - Gobierno Federal. (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México, México.

Contreras, E. (2018). *Factores asociados a la ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes ingresados al servicio de medicina interna del Centro Médico Naval " Cirujano Mayor Santiago Távara " Octubre - Diciembre 2017(Tesis de licenciatura)*. Lima, Perú. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1208/40ECONTRERAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cruz, H., Angarita, A., & Moreno, J. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga. *Enfermería Global*, 294 - 303. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/255786049_Life_quality_measurement_through_the_QLQ-C30_questionnaire_in_subjects_with_different_cancer_types_in_the_city_of_Bucaramanga-Colombia

Hernández, M., Oñate, D., Rodríguez, D., Sánchez, L., Benzanilla, J., & Campos, J. (2011). El Adulto Mayor ante la Muerte: Análisis del discurso en el Estado de México. *Revista de psicología GEPU*, 1 - 183 . Obtenido de <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/Archivos/BibliotecaDigital/ElAdultoMayorAnteLaMuerte.pdf>

INEN. (2016). Obtenido de Norma técnica oncológica de cuidados paliativos 334 - 2016.

Linares, E. (2018). *Calidad de Vida y Afrontamiento al Estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, Consultorio Oncológico Medicarte, 2017*. Lima, Perú. Obtenido de file:///C:/Users/AMD/Downloads/TESIS_EDSON%20LEANDRO%20LINARES%20OPEVE.pdf

- Miaja, M., & Moral, J. (2011). *Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas con y sin VIH/SIDA y población general (Tesis de licenciatura)*. Monterrey, México.
Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2014/mip141c.pdf>
- Ministerio de Salud Perú. (1997). Obtenido de Ley general de salud 26842:
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/LEYN26842.pdf>
- Santamaría, L. (2008). *La muerte del anciano*. Obtenido de
<https://www2.uned.es/intervencion-inclusion/documentos/Proyectos%20realizados/Lucia%20Santamaria%20Vallejo.pdf>
- Sociedad Americana Contra El Cáncer. (2017). Obtenido de Aspectos Básicos sobre el Cáncer: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, 14(1), 5 - 13. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
- Tortella, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM 5. *Revista Iberoamericana de psicología*, 62 - 69. Obtenido de
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>