

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia”



TESIS

**“NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN - LIMA, 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

TESISTA

Bach. Karen Jeannette, KIEFFER MONTOYA

ASESORA

Psi. Aida, TARAZONA SOTO

Lima – Perú

2019



ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las cuatro horas del día cinco del mes de Diciembre del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad la Esperanza de la universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del jurado, designados por Resolución N°2277-2019-D-FCS-UDH de fecha 29 de Noviembre del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: "**NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - LIMA, 2018.**", presentado por la Bachiller doña **Karen Jeannette KIEFFER MONTOYA**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

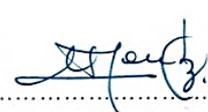
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo *Aprobada* por *Unánimidad* con el calificativo cuantitativo de *Quin* y cualitativo de *Buena* (Art. 54)

Siendo las *17:20* horas de día *05*, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.


.....
MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI
PRESIDENTA


.....
MG. GREGORIO NILO ARRATEA CASTRO
SECRETARIO


.....
MG. CARMEN MENDOZA MORALES
VOCAL

DEDICATORIA

Con total gratitud y reconocimiento a aquel personaje que sembró en mí el deseo del saber, la inquietud por la investigación y el amor por aprender, sin él no habría podido seguir adelante y conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Huánuco, porque sin ella no Habría tenido la posibilidad de aprender y ser profesional.

A mis profesores, quienes marcaron la pauta para continuar mi aprendizaje.

A mí asesora, porque sin sus conocimientos e Interés por guiarme no habría sido posible presentar este trabajo.

A mi familia, que día a día acompañó mi duro tránsito, soportó mis ausencias y me animó en la búsqueda de mis objetivos.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I.....	12
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema General	15
1.2.2 Problemas Específicos.....	15
1.3 Objetivo General.....	15
1.4 Objetivos Específicos.....	15
1.5 Justificación de la investigación.....	16
1.5.1 Justificación Teórica.....	16
1.5.2 Justificación Práctica.....	16
1.6 Justificación de la investigación.....	16
1.7 Limitaciones de la investigación	16
1.8 Viabilidad de la Investigación.....	17
CAPÍTULO II.....	19
2 MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Antecedentes de la investigación	19
2.1.1 Antecedentes Internacionales	19
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	22
2.2 Bases teóricas	23
2.2.1 Ansiedad	23
2.2.2 Ansiedad - estado	26
2.2.3 Ansiedad rasgo	26
2.2.4 El Cáncer.	29

2.3	Definiciones conceptuales	30
2.3.1	Etapas de la Niñez:	30
2.3.2	Pacientes Oncohematológicos	30
2.3.3	Hipótesis General.....	32
2.3.4	Hipótesis Específica	32
2.4	Variables.....	32
2.4.1	Variable única	32
2.5	Operacionalización de variables	32
CAPÍTULO III.....		35
3	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1	Tipo de investigación	35
3.1.1	Enfoque.....	35
3.1.2	Alcance o nivel	35
3.1.3	Diseño.....	35
3.2	Población y muestra	36
3.2.1	Criterios de inclusión y exclusión.	36
3.2.2	Ubicación de la población en espacio y tiempo.....	36
3.2.3	Unidad de muestreo	37
3.2.4	Marco muestral.....	37
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	37
3.3.1	Para la recolección de datos	43
3.3.2	Para la presentación de datos.....	44
3.3.3	Para el análisis e interpretación de los datos	44
3.3.4	Validez y Confiabilidad	44
CAPÍTULO V.....		51
4	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
4.1	Resultados del trabajo de investigación.....	51
CONCLUSIONES		54
RECOMENDACIONES.....		56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		57
ANEXOS.....		63

INDICE DE TABLAS

TABLA 1:	Operacionalización de la variable Ansiedad	34
TABLA 2:	Resumen de procesamiento de casos de ansiedad del Piloto.....	45
TABLA 3:	Alpha de Crombach para la variable ansiedad Rasgo.....	45
TABLA 4:	Alpha de Crombach para la variable ansiedad Estado.....	46
TABLA 5:	Validez de contenido por juicio de experto del instrumento que mide ansiedad.....	47
TABLA 6:	Frecuencia de niveles de ansiedad.....	48
TABLA 7:	Frecuencias de niveles de ansiedad estado.....	49
TABLA 8:	Frecuencia de niveles de ansiedad rasgo.....	50

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1:	Frecuencia de niveles de ansiedad.....	48
FIGURA 2:	Frecuencias de niveles de ansiedad estado.....	49
FIGURA 3:	Frecuencia de niveles de ansiedad rasgo.....	50

RESUMEN

La investigación fue de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental, transeccional y descriptivo. La población y muestra fue la misma, siendo conformada por 50 padres de niños oncológicos del hospital a quienes se les aplicó el instrumento, el inventario de ansiedad (IDARE), que mide ansiedad estado y ansiedad rasgo con la finalidad de Identificar los niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018.

Se evidencia la valoración de los niveles de ansiedad de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara-Lima, 2018, donde se puede apreciar que del total de la muestra, el 52% presenta niveles altos de ansiedad y el 40% presenta un nivel promedio de ansiedad, encontrándose además un 8% del nivel bajo. Se evidencia que un 34% presentó un nivel de ansiedad estado alto, mientras que un 40%, presentó un nivel promedio, así mismo puede observarse un 26% bajo. Se evidencia que el 28% presentó un nivel de ansiedad-rasgo alto, mientras que sólo un 60%, presentó un nivel de ansiedad-rasgo promedio, asimismo se encontró un 12% de nivel bajo. En conclusión, los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- Lima, 2018, presentan niveles altos de ansiedad. Los niveles de ansiedad estado en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018, son significativos. Los niveles de ansiedad rasgo en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018, son significativos

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, Rasgo, Estado, Padres de niños oncológicos

ABSTRACT

The research was quantitative, with a non-experimental, transectional and descriptive design. The population and sample was the same, being made up of 50 parents of oncological children of the hospital to whom the instrument was applied, the inventory of anxiety (IDARE), which measures state anxiety and trait anxiety in order to identify levels of anxiety in parents of cancer children of the Guillermo Almenara Irigoyen-Lima National Hospital, 2018.

The assessment of anxiety levels of parents of cancer children of the Guillermo Almenara-Lima National Hospital, 2018, is evident, where it can be seen that of the total sample, 52% have high levels of anxiety and 40% have a average level of anxiety, being also 8% of the low level. It is evidenced that 34% had a high level of anxiety, while 40% had an average level, and a 26% can be observed. It is evidenced that 28% presented a high level of anxiety-trait, while only 60% presented an average level of anxiety-trait, and a 12% low level was also found. In conclusion, the parents of cancer children of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital- Lima, 2018, have high levels of anxiety. The anxiety levels in parents of cancer children at the Guillermo Almenara Irigoyen-Lima National Hospital, 2018, are significant. Trait anxiety levels in parents of cancer children of the Guillermo Almenara Irigoyen-Lima National Hospital, 2018, are significant

KEY WORDS: Anxiety, Trait, State, Parents of cancer children

INTRODUCCIÓN

El rol del padre es preponderante durante el acompañamiento del paciente pediátrico oncológico, al lograr que el padre comprenda la situación que atraviesa su hijo y aborde esta experiencia de un modo tranquilo, podrá soportar la crisis que significa esta enfermedad tan dura, con estrategias que favorecen la aceptación, promuevan el bienestar y disminuyan la ansiedad, evitando el impacto negativo. (García, V. Herrera, R. Paredes, C. Rebaza, S. (2017).

A principios del siglo XX, se vislumbraba ya un interés por la ansiedad observándose esto ya en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática y multidimensional, ayudando a la investigación básica en el ámbito de poder describir mejor las emociones. (Navlet, 2012).

El cáncer en un niño es un cuadro de difícil aceptación para cualquier ser humano, por lo que no es difícil imaginar lo que le ocurre internamente a un padre. Es este el contexto en que se desarrolló la presente investigación, aquí se describen cuáles son los Niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima- 2018, estructurándose en cinco capítulos, que se describen a continuación:

En el capítulo I, se describe el problema de investigación, refiriendo su contenido, la descripción, la formulación del problema (general y específicos),

el objetivo (general y específicos), las hipótesis, la Operacionalización de variables, y la justificación (a nivel teórico, práctico y metodológico).

En el capítulo II, se plantea el marco teórico, que contiene los antecedentes de investigación, bases teóricas y conceptuales.

En el capítulo III, se detalla la metodología, tipo, nivel y diseño de estudio, población, muestra, muestreo, métodos e instrumentos de recolección de datos, validación de los instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, elaboración de los datos, análisis de los datos y aspectos éticos de la investigación.

En el capítulo IV en el que se detalla el análisis de resultados que contiene en descriptivos e inferenciales.

En el capítulo V se explicita la discusión de los resultados. Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca del 25% de la población mundial experimentará un trastorno de ansiedad alguna vez en su vida señalando el serio problema de salud pública que estos cuadros constituyen (OMS 2004, 2012). De la misma forma los hallazgos de la encuesta Mundial de la Salud mental realizada por la OMS entre el 2001, 2003 reportaron que en la mayoría de países encuestados, entre los cuadros psiquiátricos más comunes se encuentra el trastorno de ansiedad (Alonso et; al; 2002; Deemyttenaere et; al; 2004).

La ansiedad está incluida a nivel de trastornos mentales y está en aumento en todo el Mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. Durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por depresión y la ansiedad OMS (2016).

Según Rondón (2016, p. 8), en el Perú la ansiedad es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la población general. Los estudios epidemiológicos realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi han determinado que hasta 37% de la población peruana tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida, estimando la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana en 18,2%, en la sierra peruana 16,2% y en la selva 21,4%. Si bien tradicionalmente han sido consideradas separadamente, existen

considerables evidencias de superposición entre ansiedad y depresión y donde la coexistencia puede ser indicador de mayor severidad.

En una sala de niños oncológicos aislados, encontramos una realidad muy dura, no sólo para los niños que sufren la enfermedad, sino también por los padres o familiares que permanecen a su lado, y vivencian desde muy cerca su acontecer diario.

Según Menosii (2014), asevera: "El cáncer es una enfermedad crónica que está alcanzando cada año a parcelas significativas de la población, se ha convertido en un problema de salud pública que según la Organización Mundial de la Salud-OMS, de cada un millón de personas con edad entre cero y 14 años, 130 de estos desarrollarán cáncer cada año. (p.118)

Las familias cuyos hijos son acometidos por cáncer pasan por una conmoción inicial y la consecuente ruptura del proceso natural del vivir. Normalmente, el primer sentimiento es el de pérdida. La madre que es la cuidadora "nata", atraviesa por una situación de dolor y desesperanza, y en consecuencia atravesará una intensa ansiedad por la situación del hijo.

La existencia de un proceso de neoplasia altera virtualmente todos los aspectos de la vida del portador y de su familia. Así, es necesario que los padres estén preparados para esta situación, toda vez que pasarán por momentos difíciles, penosos y de desgaste. (Ayoub, 2015)

El cuidado de la madre se caracteriza por una relación biológica, alimentaria, afectiva, emocional, educacional; por todo eso, el niño estará en contacto íntimo con la madre por más tiempo que con cualquier otro adulto. La molestia crónica establece entre los padres y el niño una situación especial, con relaciones afectivas de determinada intensidad condicionadas por la demora de la enfermedad, por la especie de tratamiento y por las condiciones psicológicas del niño. (Mielnik, 2015)

Por ser una enfermedad crónico-degenerativa, el niño con cáncer y los padres pasan por varias etapas de ansiedad, pues tienen que

adaptarse a esta nueva realidad. Es de observarse además el tratamiento oncológico, que se compone de muchos medicamentos altamente agresivos al organismo, provocando efectos distintos en cada paciente. Con tales cambios, el niño todavía no tiene mecanismos de adaptación eficaces y muchas veces no sabe lo que está ocurriendo con su cuerpo, necesita de apoyo familiar, tanto como de asistencia especializada; pero la madre es el símbolo de protección y su principal cuidadora. (Mielnik, 2015)

Los padres al conocer la situación de un hijo con cáncer manifiestan comportamientos y actitudes muy particulares y difíciles de manejar. Las personas suelen experimentar ansiedad como un estado afectivo displacentero, el cual es reconocido como percepciones de preocupación y dificultades.

El significado de dicha emoción deriva de la posibilidad de amenaza hacia la vida, la seguridad o la integridad de un individuo, sin embargo, cada individuo puede presentar reacciones distintas puesto que cada quien la percibe de diversas maneras, pudiendo tener diferentes comportamientos o reacciones psicológicas; aun así, se asume que cuando una persona advierte ansiedad, está experimentando un estado básico que manifiestan todas las personas en un tiempo determinado. (Luciano et al, 2010, p. 46).

Cuando un hijo es diagnosticado de cáncer, se produce un efecto directo sobre él mismo, como sobre su red familiar más cercana ya que desde una perspectiva del sistema familiar, lo que le pasa a un miembro involucra a todos. Generalmente son los padres quienes llevan la carga más pesada vivenciando muy de cerca todo el tratamiento del niño, las reacciones físicas y emocionales diversas, y es preciso definir estrategias para poder ayudarlos en este duro camino. Dicho esto, y no obstante la gravedad del problema la ciencia con su vertiginoso avance e incremento del desarrollo y descubrimientos en el ámbito médico hace que sea posible que aumenten los casos de curación de cáncer infantil en detrimento de los casos terminales. El impacto negativo de estos casos en la calidad de vida de los pacientes se evidencia en una vasta literatura donde se

mencionan las limitaciones sociales, laborales y académicas, lo que aumentaría las posibilidades de suicidios (Culpepper, 2011; Guan, Deng, Cohen, y Cheng 2011).

Todo esto hace que nos planteemos la importancia no sólo de la supervivencia en los casos de remisión, sino la calidad de vida y las acciones para mejorar los procesos terapéuticos. Con este trabajo de investigación se pretende describir los niveles de ansiedad Estado y ansiedad Rasgo e identificarlos como parte del cuadro psicosocial que viven estos padres de niños oncológicos hospitalizados. Es así que se realiza una investigación no experimental, descriptiva simple de corte transversal prospectivo.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son los niveles de ansiedad rasgo en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018?

¿Cuáles son los niveles de ansiedad estado en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018?

1.3 Objetivo General

Identificar los niveles de ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- Lima, 2018.

1.4 Objetivos Específicos

Describir los niveles de ansiedad rasgo en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018.

Describir los niveles de ansiedad estado en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018.

1.5 Justificación de la investigación

1.5.1 Justificación Teórica

Esta investigación se realizó con el propósito de aportar descripciones sobre la ansiedad de padres de niños oncológicos, cuyos resultados servirán para crear herramientas que brinden ayuda en el manejo de los distintos estados emocionales en estas circunstancias, tanto de los padres, la familia, el paciente como también mejorar las intervenciones de los profesionales a cargo. Asimismo, es importante conocer y comprender de cerca ésta problemática para ejecutar acciones sobre los distintos cuadros de ansiedad, por lo mencionado, tiene relevancia teórica, afirmar el rol y la responsabilidad de los padres para afrontar la ansiedad, sirviendo para futuras investigaciones.

1.5.2 Justificación Práctica

Desde el punto de vista práctico esta investigación describe la importancia que tienen los estados de ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, permitiendo una mejor comprensión de la problemática. Del mismo modo, pretende promover y acrecentar la información y conocimiento de los profesionales de la salud.

1.6 Justificación de la investigación

Este estudio investigativo se justifica metodológicamente debido que se investigó utilizando un instrumento (inventario) confiable y validado lo que sirvió para evidenciar el problema de estudio que servirá como antecedente para otros estudios.

1.7 Limitaciones de la investigación

En el área de oncología tanto hospitalización diurna (sala de quimioterapia) como hospitalización regular (oncohematología)

pediátrica, se podría decir que el tiempo ha sido el principal obstáculo, puesto que es una realidad distinta a otras áreas, en donde el paciente está permanentemente acompañado con su familiar (papá o mamá) y tienen un itinerario desde tempranas horas de la mañana en que las enfermeras realizan los controles de temperatura, peso, aseo personal (baño). Seguidamente el personal de laboratorio realiza análisis de sangre según lo que corresponda (día de quimioterapia o no). Además de esto se realizan procedimientos como cambio de catéter, aspirado de médula ósea, transfusiones de sangre y componentes, resonancia, tomografía y otros, y es el acompañante el que debe estar allí, en este caso el padre o la madre, quienes son el objeto de estudio. Durante todos estos procedimientos, es que se realizan las distintas intervenciones (actividades lúdicas, dibujo, pintura, terapia individual, títeres etc.) Es en estas circunstancias en que las evaluaciones se llevaron a cabo a los padres y hay que adaptar cada intervención adecuándola al tiempo y situación del momento.

1.8 Viabilidad de la Investigación

La ansiedad en los padres fué evaluada a través de la aplicación de un inventario de medición de ansiedad estado-rasgo elaborado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970. Denominándose Test de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, cuyo nombre original es State Trait Anxiety Inventory, siendo traducido al español por Spielberger, Martínez-Urrutia, Gonzáles-Reigosa, Natalicio y Díaz Guerrero en 1975 (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975). El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE, de aplicación rápida, fácil y poco costosa. La sencillez del formato hizo de su aplicación simple y sencilla de entender por los evaluados y tomó solo 20 minutos. Asimismo la puntuación, registro y calificación de la prueba se realizó en corto tiempo. Esta investigación fué propuesta debido a lo trascendental de las circunstancias que vivencian los padres de niños con cáncer, con la finalidad de aportar descriptivamente y con los hallazgos dar un punto de partida a otras investigaciones enfocadas a dar la mejor atención con calidad y calidez, así como poder crear guías o protocolos que puedan ser de utilidad en el

duro tránsito de un padre en el tratamiento oncológico de su hijo. Por lo manifestado antes es viable la investigación.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Alves, y col. (2013). Realizada en Brasil, tiene como objetivos evaluar el nivel de estrés de los padres de niños con cáncer e identificar correlaciones entre los datos sociodemográficos y los niveles de ansiedad. Método: Estudio descriptivo transversal, realizado en dos instituciones brasileñas, con 101 padres de niños con cáncer. A través de entrevista, los padres contestaron a dos instrumentos: Pediatric Inventory for Parents - versión brasileña, que evalúa niveles de estrés, e Inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado, para medir la ansiedad. Las correlaciones entre los instrumentos y las variables sociodemográficas de los padres y de los niños fueron evaluados por el Coeficiente de Correlación de Spearman. En sus resultados los más altos niveles de estrés y ansiedad se evidenciaron por padres jóvenes, de niños pequeños y con menos tiempo de diagnóstico. El miedo a la muerte y del impacto de la enfermedad en la vida del niño se consideró como los eventos más estresantes para los padres. Concluyen evidenciando que en la práctica clínica, el enfermero que consigue determinar la ocurrencia de estos síntomas se vuelve capaz de elaborar un plan de cuidados de enfermería, que incluye a la familia en las decisiones sobre el cuidado. Además, puede proporcionar subsidios para ayudar a los padres a manejar sus niveles de estrés y a enfrentar la enfermedad de sus hijos de forma positiva.

Guirotane. (2012). En su tesis realizada en Argentina, tuvo como finalidad examinar las repercusiones emocionales en madres de niños diagnosticados de cáncer cuando dicha enfermedad se hace presente. Para poder lograr los objetivos planteados, se utilizó

como instrumento la aplicación de entrevistas semi dirigidas que se aplicaron a una muestra de 11 madres las cuales tenían o tuvieron un hijo en tratamiento quimioterapéutico, y cuyas edades oscilaron entre 30 y 59 años. Al analizar los resultados se encontraron coincidencias altamente significativas en el área emocional, entre las que se puede mencionar las siguientes: etapa de conmoción o aislamiento, etapa de ira e impotencia, etapa de depresión y etapa de aceptación de la enfermedad.

Rubiños, (2012). En su estudio realizado en México, “Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos”. Refiere que pueden presentarse factores que alteran el estado emocional de los padres de familia, en quienes repercutirían como manifestaciones psicósomáticas, asimismo se manifiestan niveles altos de ansiedad, acompañados de miedo y dolor por la enfermedad de su hijo o por su fallecimiento. Los resultados muestran que los participantes presentan bajos niveles de estrés pero altos niveles de ansiedad, así como el empleo de estrategias adecuadas de afrontamiento. Los datos se discuten en el contexto del diseño de programas de intervención hacia los padres de familia, debido a que encontrarse en esta área supone la probabilidad de un proceso de recuperación lento, de secuelas aunadas a la enfermedad o fallecimiento.

Rojas Carrasco, (2010) en su estudio realizado en México, con el título: “Validación del inventario de ansiedad Rasgo-estado en padres con un hijo en terapia intensiva”. El objetivo de esta investigación fue validar y estandarizar el IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) en padres y madres con un hijo hospitalizado en un servicio de terapia intensiva, con el fin de confirmar la confiabilidad del instrumento para su futura correlación con otras variables clínicas. Como parte de su metodología utilizó el IDARE a 120 madres y 90 padres con un hijo en terapia intensiva del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se evaluó la validez del

constructo mediante el análisis factorial con rotación Varimax por el método de componentes principales; también se obtuvo la confiabilidad por Alpha de Cronbach, se obtuvo como resultado cargas factoriales adecuadas para ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Los coeficientes de confiabilidad resultaron superiores a 0.83 en cada grupo y en el total. Como conclusiones se obtuvo que el inventario y las nuevas normas podrán utilizarse más confiablemente en este tipo especial de muestras para posteriores y variadas investigaciones clínicas.

Norberg y Boman (2007). En su estudio realizado en Suecia, con el título "Angustia de los padres en el cáncer infantil: una evaluación comparativa de los síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad" Uno de los objetivos fue evaluar los síntomas compatibles con el estrés postraumático (intrusiones cognitivas, evitación, activación) relacionados con la enfermedad del niño y el sufrimiento genérico (ansiedad, depresión) en los padres de pacientes con cáncer infantil. Los padres suecos (266 madres, 208 padres) fueron reclutados en dos centros. Los datos de una muestra clínica de pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y padres de niños sanos se utilizaron para la comparación. La Escala de Impacto de los Eventos (IES-R) se usó para evaluar los síntomas de estrés post traumático y escalas de auto informe para la ansiedad y la depresión. Los padres de niños diagnosticados recientemente tenían más pensamientos intrusivos relacionados con el cáncer que los de sobrevivientes a largo plazo. El aumento de la ansiedad y la depresión fue más prominente en las madres y los padres hasta 2,5 años después del diagnóstico. En conclusión, la angustia genérica grave caracteriza los primeros años después del diagnóstico, y los síntomas de PTS inicialmente comunes se encuentran en una parte considerable de los padres años después del diagnóstico. Clínicamente, se debe prestar atención a las necesidades de apoyo continuo de los padres. Se debe reconocer la variación individual con respecto a la vulnerabilidad a la angustia y se deben evitar las diferencias de género. Los padres son

reconocidos como una de las principales fuentes de apoyo emocional para los niños con cáncer. Sin embargo, se sabe que la capacidad de los padres para brindar atención durante la enfermedad y el tratamiento de sus hijos depende de cómo se las arreglan para enfrentar el diagnóstico y sus consecuencias

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Velásquez (2018) En su estudio investigativo sobre los niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos en un hospital de Lima, demuestra las correlaciones existentes entre sus dos variables en estudio, concluyendo que los niveles elevados de ansiedad estado y rasgo encontrados en los padres de niños oncológicos son debido a las diferentes situaciones de tensión elevada que deben enfrentar durante la enfermedad de sus niños. Algunas de ellas como el impacto inicial del diagnóstico de la enfermedad, o cuando debe hospitalizarse por primera vez, del mismo modo diversas situaciones de crisis o agravantes en el estado de bienestar del paciente.

Aranda (2017). La investigación realizada en Perú, con el título: “Niveles de depresión y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes pediátricos” tuvo como objetivo determinar la presencia de depresión y ansiedad en cuidadores primarios de niños hospitalizados. Realizó un estudio clínico, transversal, descriptivo en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú. Utilizó la prueba de Goldberg para depresión, ansiedad y comorbilidad en 240 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño, entre 2014 y 2016. Resultados. El 87,5% de los cuidadores primarios presentaron síntomas de depresión y ansiedad: 13,5% ansiedad, 17% depresión y 57% comorbilidad; 12,5% no presentó trastorno alguno. Conclusiones. La frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes pediátricos es mayor que en la población general.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Ansiedad

Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, no pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos

valores de ansiedad rasgo perciben las situaciones y contextos personales como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Pons, 1994; Wadey y Hanton, 2008; Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009).

Para otros autores Ansorena et al (2016) , la ansiedad es una respuesta emocional básica del ser humano que surge como respuesta ante un peligro o situación de alerta que pueda afectar a su integridad física, por lo tanto protege al niño/adolescente; por tanto es normal y supone un mecanismo de adaptación al medio ambiente.

Según Tobal (2016) se trata de un grupo organizado de funciones, a través de las cuales, el organismo percibe, evalúa y responde a las señales de peligro del medio externo o interno.

También se le define a la ansiedad como un estado subjetivo de anticipación, temor o aprensión, o una sensación de peligro inminente, asociado a grados diversos de excitación y reactividad autonómicas, originada por una hiperactividad del sistema nervioso y en respuesta a una amenaza potencial, real o imaginaria. (Kanter, et al 2011, p.65)

Es una respuesta inconsciente que está más relacionada con los sentimientos que con los pensamientos. Las emociones como la ansiedad, la tristeza y vergüenza juegan un papel fundamental en la salud de los seres humanos, dado que las experiencias traumáticas que generan emociones negativas pueden desencadenar una enfermedad mental como una fobia. (Palomero, 2016, p.34).

Enfoques sobre la etiología de la Ansiedad

Como casi todas las enfermedades que atacan a los seres humanos la ansiedad tiene origen multifactorial, habiendo factores biológicos, factores ambientales y socioculturales.

La perspectiva psicofisiológica sostiene que la ansiedad es la activación del sistema nervioso, como consecuencia de estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las

estructuras o de la función cerebral. La activación se interpreta como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo y del sistema endocrino, que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una excesiva estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirá en síntomas psicológicos de ansiedad. (Gantiva, et al, 2012, p.35).

Semiología de la Ansiedad

La ansiedad, al ser una emoción, posee atributos propios de ésta, con un componente fisiológico, motor y un aspecto cognitivo.

A nivel cognitivo, se manifiesta, entre otros, en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, sensación de pérdida de control, dificultad para decidir, pensamientos y respuestas verbales negativas, sobre la situación, respuestas de imaginación de posibles situaciones anticipatorias y percepción de fuertes cambios psicológicos. (Barraca, 2010).

A nivel fisiológico, se manifiesta a través de la activación de los diferentes sistemas, como el sistema nervioso autónomo y el sistema nerviosos motor, aunque también se activan otros sistemas como el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmune, que se expresan en un conjunto de manifestaciones físicas como: taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, opresión de pecho, molestias respiratorias como hiperventilación, sensación de asfixia, disnea, molestias digestivas como alteración del tránsito intestinal, dolor de estómago, vómitos, nauseas, otros síntomas percibidos son las cefaleas, mareos, sudoración, sequedad de boca, entre otros. (Barraca, 2010).

A nivel motor, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, escape de la situación aversiva, rechazo de los estímulos condicionados a situación de llanto, tensión de la expresión facial que nos permite reconocer el miedo y la ansiedad, entre otras respuestas alteradas motoras y verbales. (Barraca, 2010).

2.2.2 Ansiedad - estado

Es una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad estado tiende a ser modificable a lo largo del tiempo. Existirán ocasiones en que este tipo de ansiedad se eleva o posee una alta intensidad, en ese caso se denomina como ansiedad aguda Spielberger (1986).

Es un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprehensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Casado (2015).

El proceso de ansiedad se manifiesta a través de la secuencia de eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y comportamentales. Las reacciones a las situaciones angustiosas se basan en las percepciones e interpretaciones que cada individuo le atribuye; no obstante algunas situaciones son más angustiosas que otras. Ries, (2012).

Este proceso puede ser desencadenado por un estímulo estresante que se ha interpretado como peligroso o amenazante, o ser un pensamiento que pronostica una amenaza o que le causa, al recordar una situación anterior peligrosa. Los sujetos que presentan mayores niveles de ansiedad como predisposición de personalidad que viene ser ansiedad rasgo, tiendan a formar condicionamientos más rápidos y estables por presentar un subsistema del sistema nervioso autónomo lábil y sobre activo. Pérez (2014).

2.2.3 Ansiedad rasgo

La ansiedad-rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado”. (Spielberger, 1975).

La ansiedad se encuentra a niveles altos, relativamente estable, que se caracteriza por individuos que presentan una tendencia a

percibir las situaciones como amenazadoras; así mismo, observa un estilo característico o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Ries, (2012).

Una persona que ha estado ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, siendo esta conocida como ansiedad crónica. Esta persona tiene más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otra que no posee este rasgo; teniendo así mayores posibilidades de ser más vulnerables al estrés, donde a su vez considerarán un gran número de situaciones como peligrosas, Ries, (2012)

Por otro lado; los sujetos con ansiedad rasgo muy bajos se las puede considerar como personas insensibles o indiferentes con las demás personas. En general, las personas con alta ansiedad rasgo son más vulnerables a la evaluación de los demás porque se subestima y les falta confianza en sí mismo. Ries, (2012).

Ansiedad en padres de niños oncológicos

Kubler-Ross (2013) sostiene que los padres súbitamente afrontan a un acontecimiento inesperado que tiene un impacto significativo en los diferentes aspectos de sus vidas, ya que dicho evento altera el ritmo regular de esta y manifiestan una reacción de tipo psicológico en cinco etapas:

- No acepta la realidad, es decir la niega (shock), debido a que los progenitores no aceptan o comprenden lo manifestado por los médicos.
- Enfado, aquí se atribuye esta experiencia a terceros.
- Negociación, en esta fase los padres se “refugian” en la creencia de un ser supremo para paliar el dolor emocional que causa la pérdida.
- Depresión, en esta fase se confrontan una serie de sentimientos ya sea de tristeza, abandono, desesperanza e impotencia.

- Aceptación, se presente en una fase posterior a la pérdida y es en donde los padres pueden sobrellevarla, sin estar fijados en el pasado (como se citó en Miaja & Moral, 2013).

Cuando en la familia uno de los hijos tiene una enfermedad crónica, es frecuente que los padres presenten alteraciones en su estado anímico; la ansiedad se incrementa al enfrentar una situación crítica, como el internamiento de ese hijo en una unidad de cuidados intensivos.

La ansiedad-estado es definida como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”. (Spielberger, 1975)

En los padres y madres con un niño enfermo, la ansiedad-estado surge al enfrentarse a una situación crítica debido al delicado estado de salud de su hijo. La ansiedad-rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado”. (Spielberger, 1975)

En este caso, los padres presentan la ansiedad rasgo cuando su hijo se encuentra en cualquier otra situación, aún más alta en el servicio o área oncológica como paciente y con su vida en peligro.

El diagnóstico de un cáncer pediátrico es siempre una experiencia inesperada y traumática y un elemento desestabilizador para cualquier familia, independientemente de la capacidad de adaptación a situaciones de crisis. Los problemas a los que tienen que enfrentarse los padres son de diferente índole: emocionales, sociales, psicológicos y conyugales. Esta enfermedad supone un gran reto, incluso para los matrimonios más estables. El futuro de la familia es incierto y los padres deben encontrar fortaleza para salir adelante y adaptarse a las exigencias de la nueva situación. (Grau, 2016)

Los padres con un hijo con cáncer tienen que enfrentarse a diferentes momentos de crisis, que corresponden a las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, inicio del tratamiento, reacciones negativas del tratamiento y efectos secundarios, fin del tratamiento, regreso a la vida escolar, familiar y escolar, recidivas y metástasis, comienzo de un tratamiento de investigación y terminación del tratamiento de investigación y fase terminal. (Christ y col. 2016)

La incertidumbre sobre cómo va a discurrir la enfermedad provoca ansiedad y depresión. Las reacciones de los padres a la incertidumbre han sido descritas como el síndrome de Damocles. (Yeh, 2013)

El diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas y sus secuelas, las reacciones adversas a la quimioterapia y radioterapia y sus secuelas, las recidivas, la muerte del propio hijo y la de otros niños, los cambios en su vida cotidiana, en la de sus hijos y en la de la familia extensa, la adaptación al hospital, la relación con los profesionales de la sanidad, el manejo de la información: todas son situaciones estresantes que los padres han intentado solucionar controlando sus emociones negativas, desarrollando competencias en el manejo de la enfermedad, reestructurando sus valores y dando un nuevo sentido a su vida. (Koocher, 2017).

2.2.4 El Cáncer.

El cáncer no es una única enfermedad, sino que detrás de esta palabra se encuadran varios tipos de enfermedades. Según evidencias presentadas por el Registro de Tumores Infantiles los tumores encontrados con más frecuencia son leucemias (30%) distintas en su etiología, localización, sintomatología, factores de riesgo, pronóstico y tratamiento. (Juste, 2009) Todo este grupo de enfermedades tienen en común una proliferación anormal de células que puede invadir otros tejidos y la metástasis o propagación a un órgano distinto de donde se originó el proceso (Amigo Vázquez, 2012). El cáncer es una de las enfermedades más temidas por nuestra sociedad y puede desarrollarse en cualquier

ser vivo independientemente de su edad, sexo, etnia, nivel cultural o socio-económico.

Oncohematológicos

Según Sola y col. (2016) asevera: “Las enfermedades oncohematológicas son un grupo de enfermedades neoplásicas que afectan a determinadas células plasmáticas. Las enfermedades oncohematológicas tienen una serie de repercusiones entre las que se encuentran las físicas, psicológicas, sociales y económicas. Existen diversos estudios que identifican algunas repercusiones físicas de los enfermos oncohematológicos, relacionadas con el tratamiento y sus efectos secundarios y que afectan a su calidad de vida. “(p.35). Los diversos tratamientos y diagnósticos de esta enfermedad podrían detonar la aparición de problemas de tipo físico, emocional y social en el niño. (Bragado Álvarez y Marcos 1996; Kazac et al 2004; Moller et al., 2014)

2.3 Definiciones conceptuales

2.3.1 Etapas de la Niñez:

La infancia o niñez es un término amplio aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidas entre el nacimiento y la adolescencia o pubertad. Es la etapa donde se crece más. La niñez se constituye y caracteriza por 3 etapas que son: lactancia (bebé), primera infancia (infante) y segunda infancia o niñez en sí (niño).

2.3.2 Pacientes Oncohematológicos

Pacientes con cáncer que empieza en el tejido que forma la sangre, como la médula ósea, o en las células del sistema inmunitario. Entre los ejemplos de cáncer hematológico están la leucemia, el linfoma y el mieloma múltiple. Comúnmente llamado “cáncer a la sangre”.

Padres de niños oncológicos

En el momento del diagnóstico es donde los padres reciben la mayor información y la más dolorosa, es cuando la percepción de amenaza es máxima y la recepción mínima. Es el momento en

que están tan asustados que no hay una capacidad óptima para asimilar la información proporcionada. Es en estas circunstancias que los padres, pueden no comprender o recordar sólo parte de lo referido por el médico sobre la enfermedad y las opciones de tratarla. En los niños como en los padres el resultado inicial es de incredulidad, aturdimiento y shock. Uno de los principales problemas es la incertidumbre ante lo que le depara el futuro. Algunos padres se muestran incrédulos y sugieren que quizás haya algún error. Se inicia a su vez una búsqueda en el afán de encontrar el significado de lo que sucede. Según cada uno de estos padres como puedan vivirla, si como una agresión, o como una herida o encontrando también formas de auto culparse (por genética o fracaso en los cuidados de su hijo), como también culpar a otros: los médicos, el destino o Dios. La explicación que se desarrolle determinará en parte la actitud de los padres y el niño durante el tratamiento. (Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer 2007). Asimismo estudios revelan que los matrimonios que reciben la noticia del cáncer en sus hijos presentan niveles significativos de ansiedad evidenciándose en un 25% en mujeres y en un 28% en hombres. (Dahlquist, et. Al. 1993). El apoyo de la pareja, junto con los problemas en general de comportamiento que exhiben los niños, fue predictivos de la interrupción persistente del estado de ánimo de los padres. En los estudios se sugiere que los padres que informan síntomas de depresión moderada o severa podrían verse beneficiados de una intervención temprana que incluye modificación conductual para mejorar el comportamiento del niño y fomentar un mayor nivel de participación del cónyuge en el cuidado del hijo. (Manne, et. Al. 2009).

2.4. Hipótesis

2.3.3 Hipótesis General

- **H1:** Los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 evidencian niveles altos de ansiedad.
- **H0:** Los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 no evidencian niveles altos de ansiedad.

2.3.4 Hipótesis Específica

Hipótesis específica 1

- **H1:** Los niveles de ansiedad rasgo de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 son significativos.
- **H0:** Los niveles de ansiedad rasgo de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 no son significativos.

Hipótesis específica 2

- **H1:** Los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 son significativos.
- **H0:** Los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 no son significativos.

2.4 Variables

2.4.1 Variable única

Ansiedad

2.5 Operacionalización de variables

La variable estudiada, ansiedad, por su naturaleza es cuantitativa, considerada como un fenómeno, característica, cualidad, atributo, rasgo o propiedad abstracta cuya variación es susceptible de ser medida o calificada, en cuanto se aplique un estudio psicométrico para

así adoptar distintas valoraciones, magnitudes o intensidades (Muñoz, 2011).

La ansiedad estado es definida como: "Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, donde observamos características como sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos percibidos de manera consciente, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo" (p.1).

En tanto que la ansiedad rasgo es referida: "A las diferencias individuales, que se presentan con relativa estabilidad, con propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre los sujetos con tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado" (p.1). (Spielberger y cols., 1975).

TABLA 1.

Operacionalización de la variable Ansiedad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Ansi edad	<p>Ansiedad-Estado como condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.</p>	<p>El nivel de ansiedad sea rasgo o estado está definido por el puntaje alcanzado en el Inventario de ansiedad, rasgo-estado, el que permite clasificar a los sujetos, de acuerdo a los niveles y rangos:</p>	Ansi edad Estado	Aprecia los estados transitorios de ansiedad, lo cual puede variar con el tiempo	1 – 20	<p>Ordinal</p> <p>El inventario está compuesto por 40 reactivos de opción múltiple</p> <p>En la ansiedad estado</p> <p>Nada=1 Algo=2 Mucho=3</p>
	<p>Ansiedad-Rasgo: como diferencias individuales medianamente estables a la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con aumento en la intensidad de la ansiedad estado (Spielberg y Díaz Guerrero, 1970, pág. 7).</p>	<p>Ansiedad Estado: Bajo: De 20 a 40 puntos. Medio: De 41 a 60 puntos. Alto: De 61 a 80 puntos. Ansiedad Rasgo: Bajo: de 20 a 40 puntos. Medio: de 41 a 60 puntos. Alto: De 61 a 80 puntos.</p>				

Adaptado de Spielberg, (1982)

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

3.1.1 Enfoque

El estudio fue de tipo observacional, debido a que no existió intervención del investigador, buscándose determinar el problema según la forma natural de los hechos.

El estudio fue de tipo prospectivo, debido a que la información fue registrada de una fuente primaria, como son los padres de niños oncológicos.

El tipo de estudio fue transversal, pues el instrumento fue aplicado en un solo momento y la variable se estudió una sola vez.

Esta investigación fue de tipo descriptivo, pues describió a la variable independiente en el presente estudio, considerándose univariada.

3.1.2 Alcance o nivel

El presente estudio corresponde al nivel descriptivo; Según nos refiere Dankhe citado por Hernández Sampieri (pg., 50), los estudios descriptivos tienen el propósito de describir situaciones y eventos, es decir describir cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno determinado, en la búsqueda de especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que pueda ser sometido a análisis; midiendo o evaluando aspectos determinados, dimensiones o componentes de un fenómeno o más a investigar.

3.1.3 Diseño

Se realizó un diseño de corte transversal como se muestra a continuación:



Donde:

O = Observación

M = muestra (Padres de niños oncológicos)

3.2 Población y muestra

La población o conjunto de todos los casos que concuerdan con especificaciones, y características de contenido, lugar y tiempo. La muestra es por lo tanto, un grupo extraído de la población que se selecciona para la recolección de datos, los cuales tienen que ser representativos de la población. La muestra y la población son la misma, por ser reducida, está conformada por 50 padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018. (Hernández, et. al., 2014).

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

Se incluyeron en el presente estudio a los pacientes que:

- Aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Padres de niños oncológicos mayores de 18 años y menores de 70 Años.
- Padres que se encontraban en el hospital con sus niños

Criterios de exclusión:

No se consideraron en el presente estudio a los pacientes:

- Que no aceptaron firmar el consentimiento informado
- Padres de niños oncológicos menores de 18 años y mayores de 70 Años.
- Padres que no se encontraban en el hospital con sus niños

3.2.2 Ubicación de la población en espacio y tiempo.

- **Ubicación en el espacio:** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen cuyo Domicilio Legal es en la Av. Grau sin número, Lima.
- **Ubicación en el tiempo:** Duró de marzo a junio del 2018.
- **Unidad de análisis:** padres de niños oncológicos

3.2.3 Unidad de muestreo

La unidad elegida será igual a la unidad de análisis. En esta investigación se realizó el muestreo no probabilístico.

3.2.4 Marco muestral

Los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. El tamaño de la muestra fue calculada con criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica utilizada fué la técnica psicométrica, Un test psicológico es considerado como una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Objetiva, pues su resultado es independiente del sujeto al que se evalúa así como del psicólogo que lo aplica. Por estandarizada se refiere a que es uniforme, en procedimiento, aplicación y calificación, siendo evidente que si los resultados obtenidos de distintas personas pueden ser comparables, y las condiciones del examen deben ser las mismas para todos (Maldonado, R. 2008 p. 16).y el instrumento el inventario.

Para la medición de la variable fué necesario el instrumento, en su versión al español: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) o en inglés STAI (State- Trait Anxiety Inventory). El IDARE es un inventario auto evaluativo, que fue traducido al español por Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz Guerrero en 1975 (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975) diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes ansiedad en sujetos adultos sin síntomas psiquiátricos, siendo útil también para pacientes psiquiátricos, médicos y otras poblaciones a las que fue aplicado en el momento de su elaboración (Spielberger y Díaz –Guerrero 1975), la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), auto aplicado.

Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7

negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

Es posible que, en todas las escalas que son auto descriptivas, como ésta, el sujeto pueda tergiversar la información, por lo que es necesario un buen rapport, de manera que el sujeto describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos. Por otro lado, es necesario que el sujeto tenga una escolaridad de 9º. Grado para que pueda comprender las proposiciones cuando se aplica de modo auto administrado. No obstante, es posible utilizarla de manera heteroaplicada (el examinador lee los ítems y las alternativas de respuestas) en cuyo caso se ha utilizado con éxito en pacientes con menos escolaridad, ancianos con deterioro cognitivo leve, pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, etc.

De manera convencional, se aplicaría primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las sub escalas, en función de los intereses del examinador. La sub escala ansiedad como estado se puede aplicar de manera repetida, incluso con intervalos de minutos (por ejemplo, antes y después de un tratamiento con técnicas de relajación). Se han reportado numerosas investigaciones en que se aplica de esta manera.

Arias (1990) realizó un estudio en Argentina, Ecuador, México y Perú con la finalidad de probar la validez del IDARE, siendo en Perú que la confiabilidad en una puntuación alfa de Cronbach de 84 para ansiedad-rasgo y 87 para ansiedad –estado.

En Perú se realizaron varios estudios cuyo instrumento es el IDARE, aplicados a distintas poblaciones y distintos contextos, entre estos podemos nombrar a Anchante (1993) quien validó el inventario en el Perú; Avendaño (1999); Rojas (1997); Iñoñan (2011); Busse (1999);

Domínguez, Villegas, Sotelo y Sotelo (2012); Lostanau (2013); Miguel de Priego (2014) y Torres; (2014), cuyos resultados muestran índices de confiabilidad alfa de Cronbach mayores de 70 en ambas dimensiones, demostrando que el IDARE tiene una buena consistencia interna.

El éxito de la aplicación del IDARE estará en garantizar que el sujeto comprenda bien la diferencia entre las consignas de cada sub escala. Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej. Estoy nervioso) y otras de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Se utilizará posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permitirá ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Medio o Alta. Proporcionando una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que tomarían valores de 20 a 80 puntos.

En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo. En todo momento se salvaguardó la identidad de los evaluados y los datos solo fueron usados con los fines dispuestos en el estudio.

Las puntuaciones obtenidas se clasificaron mediante la siguiente escala:

Ansiedad Rasgo:

Alto: 61-80

Medio: 41-60

Bajo: 20-40

Ansiedad Estado:

Alto: 61-80

Medio: 41-60

Bajo: 20-40

En el procedimiento para la recolección de datos:

- Se solicitó un permiso a la dirección del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
- Se solicitó un consentimiento informado se les explicó el objetivo de la investigación, poniendo énfasis en la confidencialidad y el anonimato (ver Anexo D).
- Luego se procedió a entregar la ficha de datos sociodemográficos y, posteriormente, la prueba: El Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado, IDARE. El tiempo de aplicación fué de 20 minutos aproximadamente.

Ficha técnica

Nombre del test	: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
Nombre original	: "State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)". - 1982.
Nombre del autor	: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene
Particularidad	: Instrumento de exploración psicológico.
Objetivo	: Evaluar el nivel actual de ansiedad y la Predisposición de la persona a responder al estrés.
Estructuración	: Comprende 2 escalas separadas de Autoevaluación. Escala 1: Ansiedad como Estado (E). Escala 2: Ansiedad como Rasgo (R).

Características del inventario:

Escala tipo Likert.

Items.: 40

Administración: Individual y colectiva.

Tiempo: 20 minutos aproximadamente.

Utilidad: Determinar el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés

Edad: Adolescentes y adultos.

Datos normativos: Se utilizan los datos encontrados en una muestra de 133 estudiantes universitarios siendo el 39.8% hombres y 60.2% mujeres.

Calificación:

Las puntuaciones para ambas partes van desde el 0 al 60, en donde los evaluados puntúan los enunciados en rangos de 0 a 3 puntos. En la escala Ansiedad-Estado, existen 10 enunciados de escala directa e indirecta para evitar la aquiescencia en las respuestas; mientras que en la de Ansiedad-Rasgo, 7 de escala invertida y 13 de escala directa.

Ítems de la sub escala de Ansiedad-estado (E): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Donde los ítems de escala indirecta (o invertida): son 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Ítems de la sub escala de Ansiedad-rasgo (R): 20, 21, 22, 23, 24,25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. Donde los ítems de escala indirecta (o invertida): son 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Consta de dos dimensiones Ansiedad-estado (tendencia temperamental que un individuo tiene de reaccionar de forma ansiosa, sin importar la situación que esté experimentando en ese momento.), el cual presenta como indicadores: Tranquilidad, seguridad, nerviosismo y

preocupación; comprendidos en los ítems del 1 al 20.

Para Ansiedad-Rasgo (estado en el cual la persona es capaz de percibir un mayor número de situaciones como amenazantes, aumentando sus niveles de ansiedad. La ansiedad sería considerada un factor de la personalidad), presenta indicadores como satisfacción constante, estabilidad, preocupación constante e insatisfacción y abarcan los ítems 21 a 40 del cuestionario.

Validación y confiabilidad de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

Validez: A través del Análisis factorial de la sub escala de Ansiedad-Estado obtuvo a través de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.841. Para la sub escala de Ansiedad-Rasgo, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.855

Confiabilidad: Para la sub escala de Ansiedad-Estado en Alpha de Cronbach obtuvo 0.908 en los 20 ítems y valores mayores a 0.20 en el índice de homogeneidad. En la sub escala de Ansiedad Rasgo, el resultado dio un Alpha de Cronbach menor a 0.874.

Utilizado en Perú:

Anchante (1993), validó el IDARE en el Perú. Encontró una confiabilidad interna a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0.92 para la escala A- Estado y de 0.87 para la escala A- Rasgo.

Rojas (1997), halló una confiabilidad interna de 0.93 para la escala A- Estado y de 0.85 para la escala A- Rasgo; además, registró que la mediana para la correlación ítem-test en la

escala A- Estado fue 0.64 y en la escala A- Rasgo, de 0.45.

Flores (1999) con la misma prueba, realizó la correlación ítem-test para las dos escalas, obteniendo, en todos los casos, coeficientes de correlación superiores al criterio de 0.20, razón por la cual todos los ítems fueron aceptados y considerados como coeficiente Alfa de Cronbach, con un puntaje de 0.91 para la escala A- Estado y de 0.83 para la escala A- Rasgo, demostrándose la consistencia interna del IDARE.

Céspedes Condoma (2015), Perú: "Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en niños y Adolescentes de Lima Sur.

Arias (1990), realizó un estudio de validación de la prueba en Argentina, Ecuador, México y Perú. Para la interpretación de los resultados, la autora ofrece una tabla de conversión de puntuaciones derivada de una muestra mexicana, presentando baremos utilizando una escala de centil ordinal, 5 a 95.

3.3.1 Para la recolección de datos

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- Permiso del Director del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, permiso del jefe del área de oncopediatria.
- Se procedió a ofrecer el acta de consentimiento informado
- Se aplicó el instrumento: cuestionario de ansiedad, teniendo en cuenta un tiempo promedio de 20 minutos.
- Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 23.0.

Para su análisis se utilizó la tabla de códigos y la Tabla matriz de datos. Los resultados son presentados en gráficos y/o tablas

estadísticas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la medición de la variable, se utilizó la estadística descriptiva, porcentaje, frecuencia absoluta.

3.3.2 Para la presentación de datos

Los resultados son presentados en gráficos y/o tablas estadísticas con su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico. Para la medición de la variable, se utilizó la estadística descriptiva, porcentaje y frecuencia absoluta.

3.3.3 Para el análisis e interpretación de los datos

Una obtenidos los resultados del inventario, con el permiso del jefe del área oncológica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y contando con el apoyo de dichos jefes para aplicar el instrumento de objetivamente, se realizará el análisis de los datos obtenidos del mismo, de modo que puedan ser observables las causas que llevaron a la realización del estudio. Para tabular de datos se utilizó el programa Excel y para la presentación y análisis el programa SPSS versión 23 el cual permitió analizar los datos de la variable.

Rienzo y Casanoves (2008), refiere que una tabla de distribución de frecuencias se constituye por una columna que contiene los distintos valores que toma la variable en estudio y otra columna que indica la frecuencia absoluta, denominándose frecuencia absoluta al número de veces que la variable se repite en los datos. El procesamiento de la información se realizó con cuadros y gráficos estadísticos elaborados, utilizando el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versión 24.0 en español).

3.3.4 Validez y Confiabilidad

El inventario fue aplicado a una muestra piloto a 20 padres de niños oncológicos del área de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

TABLA 2.

Resumen de procesamiento de casos de ansiedad del piloto

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido	0	0,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

TABLA 3.

Alpha de Crombach para Ansiedad-Rasgo

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,987	20

TABLA 4.

Alpha de Crombach para Ansiedad-Estado

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,991	20

El coeficiente de confiabilidad para ansiedad rasgo fue de 0,987 y ansiedad estado 0,991, resultando altamente confiable dicho inventario.

Asimismo para la validez de los instrumentos de recolección de datos, se solicitó el juicio de 3 expertos, a quienes se les entregó un sobre conteniendo los conceptos de la variable, su sustento teórico, la matriz de operacionalización de la variable, el instrumento y el certificado del instrumento que mide suficiencia, coherencia, pertinencia y claridad; quienes después de evaluar firman aplicable.

TABLA 5.

Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento que mide ansiedad

<i>N^a</i>	<i>Grado Académico</i>	<i>Nombres y apellidos del experto</i>	<i>dictamen</i>
<i>1</i>	<i>Doctor</i>	<i>José Quiñones Lozano</i>	<i>Aplicable</i>
<i>2</i>	<i>Magister</i>	<i>Oscar Velásquez Aguilar</i>	<i>Aplicable</i>
<i>3</i>	<i>Magister</i>	<i>Kathleen Santos Basilio</i>	<i>Aplicable</i>

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

TABLA 6

Frecuencia de Niveles de Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo	4	8,0	8,0	8,0
	promedio	20	40,0	40,0	48,0
	alto	26	52,0	52,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

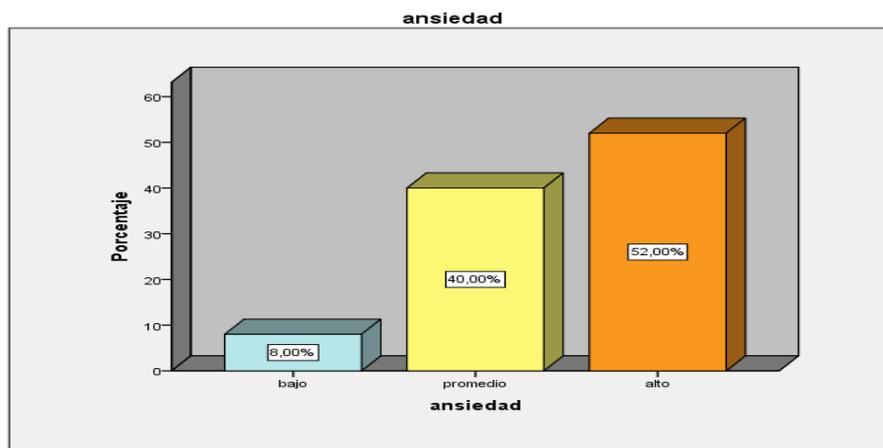


Gráfico 1. Frecuencia de niveles de Ansiedad

Se aprecia que del total de la muestra, el 52% presenta niveles altos de ansiedad y el 40% presenta un nivel promedio, encontrándose además un 8% del nivel bajo.

TABLA 7
Frecuencias de Niveles De Ansiedad-Estado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo	13	26,0	26,0	26,0
	medio	20	40,0	40,0	66,0
	alto	17	34,0	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

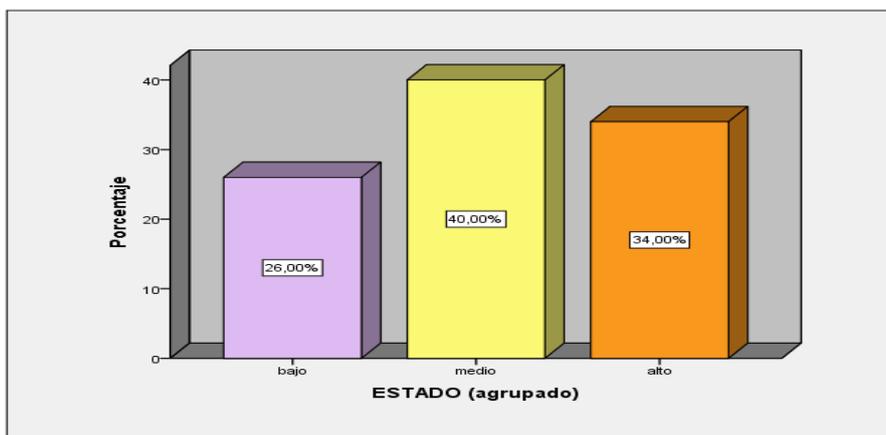


Gráfico 2. Frecuencias de Niveles De Ansiedad-Estado

Se aprecia que un 34% presentó un nivel alto, mientras que un 40%, presentó un nivel promedio, así mismo puede observarse un 26% bajo.

TABLA 8

Frecuencias de Niveles De Ansiedad-Rasgo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bajo	6	12,0	12,0	12,0
	medio	30	60,0	60,0	72,0
	alto	14	28,0	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

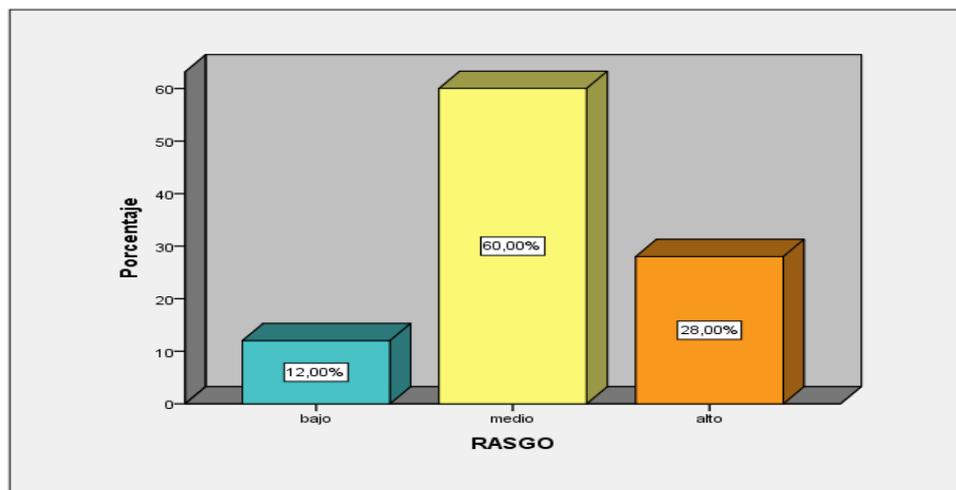


Gráfico 3. Frecuencia de Niveles De Ansiedad-Rasgo

Se aprecia que un 28% presentó un nivel alto, mientras que sólo un 60%, presentó un nivel promedio, asimismo se encontró un 12% de nivel bajo

CAPÍTULO V

4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados del trabajo de investigación

Los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018 evidencian niveles altos de ansiedad. Los datos reportan que el 52% y 40% de los padres de niños oncológicos presentan ansiedad alta y media respectivamente, este resultado coincide con la investigación de Aranda (2017), quien encontró que la ansiedad en cuidadores primarios de pacientes pediátricos es mayor que en la población general, también nuestros resultados pueden sustentarse por Rubiños,(2012) cuyos resultados refieren que los participantes presentan altos niveles de ansiedad contextualizándolo al diseño de programas que los ayuden a enfrentar procesos de enfermedad largos, secuelas y posible fallecimiento. La enfermedad afecta no sólo al niño sino a todo el núcleo familiar (al enfermo, a sus padres, a los hermanos y a las relaciones que se establecen entre ellos) por lo que cada miembro debería realizar su propia adaptación a lo largo de diferentes etapas de la misma, sustentado por Guirotane (2012) quien concluye que existen distintas etapas altamente significativas en el área emocional como son la conmoción o aislamiento inicial, la etapa de ira e impotencia, la etapa de depresión y etapa de aceptación a la enfermedad, reafirmando los niveles altos de ansiedad evidenciados.

Asimismo en la práctica pediátrica, la familia, especialmente los padres, son considerados como un recurso de apoyo para el niño enfermo. Sin embargo, se ha sugerido que los cuidadores experimentan más sufrimiento psicológico que los propios pacientes, por lo tanto, los padres y otros familiares se podrían considerar como enfermos invisibles. Es preciso prestar atención y apoyo continuo a los padres asimismo evitar las diferencias de género toda vez que ambos padres presentan niveles medio y altos de ansiedad aunque es la madre la que permanece la mayor parte del tiempo siendo en la mayoría de los casos, quien cuida

al paciente por más de nueve horas al día. Este resultado se reafirma con el estudio de Norberg y Boman (2007) quienes concluyen en que deben evitarse las diferencias de género, asimismo los padres son reconocidos como la principal fuente de apoyo emocional para los niños durante la enfermedad y su tratamiento. Del mismo modo. A su vez en el estudio realizado por Rojas Carrasco, (2010) quien confirma la validez del inventario de ansiedad estado –rasgo, en su estudio en padres con hijos con enfermedades crónicas, quien concluye que la ansiedad es una respuesta normal del individuo ante las situaciones de crisis y puede conformar una patología mental en determinadas situaciones.

Los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018, son significativos. Asimismo, los resultados reportan que del total de padres el 34% presentan ansiedad de estado alto y un 40% ansiedad estado medio lo cual permite referir que los padres de los niños oncológicos presentan un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos llenos de pensamiento negativos , alta preocupación y aprehensión causada por la enfermedad del niño. Esto se reafirma en el estudio realizado por Alves y Col, (2013) quienes concluyeron que el miedo a la muerte y el impacto de la enfermedad en la vida del niño es considerado como un evento muy estresante para los padres, refiriendo asimismo que el enfermero que consigue evidenciar estos síntomas es capaz de elaborar un plan de cuidado en enfermería que pueda incluir al familiar en las decisiones sobre el cuidado así como proporcionar mecanismos de manejo de sus emociones orientadas a ver la enfermedad de sus hijos de un modo positivo. Esto a su vez lo afirman Norberg y Boman (2007) quienes refieren que los padres de niños recientemente diagnosticados tienen más pensamientos intrusivos (pensamientos catastróficos, ideas de muerte, miedos irracionales) encontrándose la ansiedad en aumento y permaneciendo hasta 2,5 años después del diagnóstico, reafirmando la necesidad de apoyo continuo a los padres, considerando la variación individual, y dependiendo de cada caso y de cómo se las arreglen durante la

enfermedad y el tratamiento se traducirá en como enfrenten el diagnóstico y sus consecuencias. Como lo afirmara a su vez Spielberger, (1972, 1982) como un patrón de respuestas que caracteriza a la ansiedad como un estado emocional y en donde el individuo reacciona de forma ansiosa sin importar a situación que esté atravesando en el momento.

Los niveles de ansiedad rasgo de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 son significativos. Los resultados también reportan que el 28% presenta ansiedad de rasgo alto y un 60% ansiedad medio, este resultado puede ser sustentado por Ries, (2012) quien asevera que la ansiedad de rasgo en niveles altos, representa una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Los padres se encuentran ansiosos todo el tiempo y existe alta posibilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, teniendo como consecuencia ser más vulnerables al estrés, que puede conllevar a situaciones peligrosas. Así mismo como mencionó Spielberger (1982), la ansiedad-rasgo es un estado por el que la persona percibe un mayor número de situaciones como amenazantes, aumentando por ello sus niveles de ansiedad, considerándosele como un factor de personalidad, coincidiendo con los resultados encontrados.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo, su diseño es de naturaleza no – experimental debido a que los datos han sido obtenidos mediante auto informes sin manipular deliberadamente la variable. El tamaño de la muestra es reducido. Sin embargo, aun así se obtuvieron resultados significativos, por lo que se podría pensar que en muestras mayores y representativas de la población estudiada esas tendencias se convertirían en resultados más concluyentes.

Se ha encontrado con una considerable falta de trabajos rigurosos en los que los participantes fueran padres o familiares de niños oncológicos, limitando así la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los de otros estudios.

CONCLUSIONES

Se concluye el trabajo investigativo con los resultados que se presentan a continuación.

- En cuanto al nivel de ansiedad se evidencia un nivel bajo en un 8%, un nivel promedio de 40% y un nivel alto de 52%, aceptándose la hipótesis alterna general que afirma la existencia de niveles altos de ansiedad en padres niños oncológicos. Lo que nos indica que más de la mitad (26) de la muestra evaluada son padres en un estado alto de ansiedad que presentan síntomas fisiológicos, motores y cognitivos, y se sitúan en alguna de las etapas propias de quien afronta una situación que impacta significativamente en diferentes aspectos de su vida y la altera singularmente. Del mismo modo es necesario afirmar que un 40% con nivel promedio (20) es también significativo, pues nos refleja que este segmento muestral no se encuentra en una etapa de impacto inicial de la enfermedad de su hijo, sino más bien en el proceso de asimilar la situación y aún mantiene un nivel de ansiedad que no deja de ser importante. En cuanto al nivel bajo (4) se puede decir que estos padres ya asimilaron la enfermedad de sus hijos y se muestran tranquilos y asequibles.
- Del mismo modo se aprecia en ansiedad estado un nivel bajo 26%, un nivel promedio 40% y un nivel alto de 34%, aceptándose la hipótesis alterna específica que refiere que los niveles de ansiedad estado en padres de niños oncológicos son significativos. Lo que nos indica que 17 padres con ansiedad estado alto (ansiedad aguda) se encuentran en la etapa de impacto inicial, o con un tiempo relativamente reciente de inicio de la enfermedad de su hijo, es decir se encuentra en un estado emocional transitorio y modificable en el tiempo producido o desencadenado por un estímulo estresante interpretado como peligroso o amenazante que a su vez se manifiesta mediante una secuencia de eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y comportamentales, debido precisamente a la forma de interpretación que le dió el individuo. Asimismo se aprecia a 20 padres que conforman el 40% muestral, con

ansiedad estado promedio, indicando que estos padres si bien se encuentran con un nivel de ansiedad importante, dejan en evidencia que permanecen en una etapa de asimilación de la enfermedad de su hijo y no en el impacto inicial de la enfermedad, es decir sus hijos ya llevan algún tiempo de tratamiento.

- Asimismo se puede apreciar en ansiedad rasgo un nivel bajo 12%, un nivel promedio 60%, y un nivel alto 28%, aceptándose la segunda hipótesis alterna específica que refiere que los niveles de ansiedad rasgo en padres de niños oncológicos son significativos. Lo que nos indica que 14 padres se encuentran con ansiedad rasgo alto, tienen una propensión a esta, con tendencia a ver cualquier situación como amenazante, por lo que su ansiedad se encuentra en niveles altos relativamente estables (ansiedad crónica) que asumen estilos temperamentales característicos de este tipo de personas y respuestas iguales a situaciones sean estresantes o no. Se le considera como rasgo de personalidad. Por otra parte y no menos importante es el segmento muestral de 30 padres que constituyen el 60%, con ansiedad rasgo promedio, quienes se encuentran en el proceso de asimilación de la enfermedad de sus hijos.

RECOMENDACIONES

A la Universidad de Huánuco incentivar la investigación en el campo de la ansiedad en padres de niños con cáncer por ser muy escasos los trabajos previos respecto al tema y no hay mucha literatura para hacer comparaciones y discusiones más enriquecedoras.

Al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, apoyar en los procesos de realización de programas psicoeducativos que contribuyan a facilitar el proceso de adaptación psicológica de los padres frente a la enfermedad, tratamiento y experiencia hospitalaria de sus hijos, los cuales permitirán un adecuado acompañamiento por parte de los padres y sobre todo de una participación más activa, comprensiva con calidad y calidez del Equipo de Salud que está a cargo del cuidado de la salud de los niños y niñas con cáncer, sensibilizando al personal de salud acerca del proceso de adaptación de los padres a la enfermedad de sus hijos, colaborar de modo más cercano el proceso de disminuir su ansiedad, dado que ellos son una variable de influencia en la adherencia al tratamiento, así como en la actitud que tomen hacia la misma.

A la comunidad científica, propiciar la investigación sobre la ansiedad en padres de niños oncológicos, la situación de un padre que enfrenta tanto dolor al ver a su hijo enfrentar tantas y tan diversas situaciones lo convierte en un enfermo invisible esto podría disminuir si se ponen en práctica algunos mecanismos que ayuden en la disminución de la ansiedad, para esto más investigaciones serían de gran ayuda. No existen muchas investigaciones al respecto, se hace evidente la carencia de material científico que devenga en comparaciones y contrastaciones enriquecedoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide.
- Alonso et al. (2002). Prevalencia de los trastornos mentales en Europa: resultados del proyecto del Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128384>
- Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. Estudios de Psicología
- Anchante, M. (1993). Ansiedad rasgo- estado en un grupo de alumnos de EEGGCC de la PUCP. Tesis de licenciatura en psicología no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <file:///C:/Users/Karen/Downloads/Dialnet-PersonalidadAnsiedadEstadorasgoElIngresoALaUniversi-4531351.pdf>
- Arias-Galicia LF, (1990). Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. Rev Intercont Psicol Educ 1990; 3:49-85.
- Aranda, (2017). Depression and anxiety in primary caregivers at Instituto Nacional de Salud del Niño. An. Fac. med. 78(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13758>
- Avendaño, M. (1999). Dependencia al tabaco y ansiedad rasgo- estado en estudiantes de postgrado de una universidad privada de Lima. Tesis de licenciatura en psicología no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. Clínica y Salud, 21(2), 183-197.
- Barraca, J., y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del

- Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 95-107.
- Bragado Álvarez, C., y Marcos, A. F. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8(3), 625-656.
- Casado M. I. (2015). *Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención*. Barcelona: Ariel.
- Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. (2007). *Psico-oncología pediátrica: valoración e intervención*.
- Céspedes, (2015) *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo en niños y adolescentes de Lima sur*. (Tesis de grado) Recuperado de: http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/135/6/CESP_EDES%20CONDOMA.pdf
- Carreño, Chaparro y Blanco (2017) Cuidador familiar del niño con cáncer: un rol en transición. *Rev.latinoam.bioet.*, 17(2) pp.18-30.ISSN16574702. <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2781>.
- Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., Copeland, K. G., Jones, C. L., Taub, E., y Vaughan, J. K. (1993). Parents of children newly diagnosed with cancer: anxiety, coping, and marital distress. *Journal of pediatric psychology*, 18(3), 365-376. Recuperado de <https://academic.oup.com/jpepsy/articleabstract/18/3/365/916893?redirectedFrom=fulltext>
- Deemyttenaere, (2004). Prevalencia, severidad y necesidad insatisfecha de tratamiento de trastornos mentales en la Organización Mundial de la Salud Encuestas mundiales de salud mental. El consorcio Mundial de encuestas de Salud mental de la OMS *JAMA*. 291(21).
- Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo N., & Sotelo, L. (2012). Revisión psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(1), 45-54. Recuperado de:
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., y Salgado, M. (2012). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychology: avances de*

- la disciplina, 4(1), 63-70.
- Girón, Deng, Cohen y Cheng (2011). Revista Clínica de Enfermería Oncológica. Suplemento, V (18) p.68-79. 12 p. 1.
- Guirotane, (2012). Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer en madres de niños oncológicos. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112555.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. (6ta. Ed.). México, D.F.: McGraw – Hill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Hernández, S., (2019). Metodología de la investigación. Recuperado de [Diccionario de la lengua española | Real Academia Española](#)
- Iñoñan, (2011). Propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/1286>
- Kanter, J.W., Busch A.M., y Rusch L.C., (2011). Activación conductual: refuerzos positivos ante la depresión. Alianza Editorial.
- Kazac, A. E., Alderfer, M., Rowrke, M. T., Simms, S., Streissand, R., y Grossman, J. R., (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and Posttraumatic stress disorder (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. Journal of pediatric psychology, 29(3), 211-219.
- Kubler y Ross, (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo Psicooncología 10(1), 2013, pp. 109-130 Recuperado de <file:///C:/Users/Karen/Downloads/41951-Texto%20del%20artículo-59007-5-10-20171024.pdf>
- Lostanau, (2013). Ansiedad rasgo y recursos de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo II. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/23/browse?value=Lostanau+Calero%2C+Ana+Vanessa&type=author>

- Luciano, M.C.L., Blarrina, M.B.P., y Salas, S.V.,(2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *Internacional Journal of clinical and Health Psychology*, 10(1) 46
- Möller, B., Barkmann, C., Krattenmacher, T., Kühne, F., Bergelt, C., Beierlein, Ernst, J.; Brähler, E., Flechtne, H., Herzog, W., Klitzing, K., Führer, D., Resch, F., y Romer, G. (2014). Children of cancer patients: Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems. *Cancer*, 120(15), 2361-2370. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34569/3/TFM.%20Elena%20Nastoyashchaya.pdf>
- Miguel de Priego, (2014). Ansiedad y autorregulación emocional. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/23/browse?value=Miguel+de+Priego+Llerena%2C+Wendy&type=author>
- Miaja y Moral, (2013). Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer. 113(1) Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N113-1.pdf>
- Norberg y Boman, (2007) .Búsqueda de apoyo, apoyo percibido y ansiedad en madres y padres después del tratamiento del cáncer infantil. 15(4) Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7655184_Support-seeking_Perceived_Support_and_Anxiety_in_Mothers_and_FathersAfter_Children's_Cancer_Treatment
- OMS, (2004).Salud Mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/es
- OMS, (2016). Invertir en salud mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Pérez Álvarez, M., (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Ed. Síntesis.
- Palomero, G., (2016). La ansiedad en la experiencia odontopediatría. Tesis para optar el grado académico de doctorado. Universidad de

Salamanca. Salamanca. España

Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M. D. C., y Castillo Andrés, O. D., (2012).

Rojas-Carrasco, K., E., (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 48(5): 491-496.
Extraído el 24 de Septiembre de 2011 desde:
http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A936.pdf

Rojas, (1997). "La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones". Madrid. En Ediciones temas de hoy. N° 1 Vol. 2. 1998. Pág. 12-15.

Rondón, M., (2016). Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública.

Rubiños, A. I., (2012). Estrés, Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías, 1(1), 15, 34. Recuperado de [file:///C:/Users/Karen/Downloads/34-Texto%20del%20artículo-144-2-10-20161227%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Karen/Downloads/34-Texto%20del%20artículo-144-2-10-20161227%20(5).pdf)

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R., (1982). Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI). Madrid: TEA Ediciones.

Spielberger, C., (1966). Tensión y Ansiedad. México: Hamper & Row latinoamericana S.A de C.V. Spielberger, Gorsuch y Lusheme (1967). State-trat Anxiety inventory. Ciudad: Palo Alto California

Spielberger, C: (1972). Ansiedad como un estado emocional.

México: tendencias corrientes en la teoría e investigación.

Spielberger, C., (1980). Test Anxiety Inventory Palo Alto, C.A: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. & Díaz Guerrero, R., (2006). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. México. Editorial Manual Moderno.

- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R., (1975). *IDARE inventario de ansiedad: Rasgo estado*. México D.F.: Editorial El Manual Moderno
- SPSS. (2010). *IBM SPSS PASW Statistics* (v. 19.0). (Programa informático) Chicago, IL: SPSS, Inc.
- Tobal, J. J. (2016). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000094&pid=S1900-2386201300020000200012&lng=en
- Torres, (2014). Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el centro de salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Recuperado de:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4023>
- Yoshida, S., Amano, K., Ohta, H., Kusuki, S., Morita, T., Ogata, A., y Hirai, K. (2014). A Comprehensive Study of the Distressing and Support Needs of Parents of Children with Intractable Cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(12), 1181-1188.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Resolución de Aprobación de trabajo de investigación



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESOLUCION N° 106 -2019-D-FCS-UDH

Huánuco, 07 de Marzo del 2019

VISTO, la solicitud N° 141-19 de fecha 18/FEB/19 presentado por doña **Karen Jeannette KIEFFER MONTOYA**, alumna de la Escuela Académica Profesional de Psicología **Modalidad- Distancia**, Facultad de Ciencias de la Salud, en la que solicita Aprobación del Proyecto de Investigación titulado: **"NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – LIMA, 2016"**;

CONSIDERANDO:

Que, la recurrente ha cumplido con presentar la documentación exigida por la Comisión de Grado y Títulos de la Escuela Académica Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias de Salud, para ejecutar la Tesis de Investigación conducente al Título Profesional;

Que, con Resolución N° 1203-18-D-FCS-UDH de fecha 28-08-18 se designa como Jurados revisores a la PSIC. AIDA MARGARITA TARAZONA SOTO, MG. KARINA NOYA IÑAPE Y MG. CARMEN MENDOZA MORALES encargados para la Revisión del Proyecto de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Psicología de la Universidad de Huánuco;

Que, la Comisión de Revisión ha emitido la opinión sin observación alguna, recepcionado con fecha 18.02.18, por lo que se debe expedir la Resolución de aprobación, solicitada por la recurrente;

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas por el Art. 45° del Estatuto de la Universidad de Huánuco y la Resolución N° 665-16-R-UDH del 25/AGO/16;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el Proyecto de Investigación titulado: **"NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – LIMA, 2016"**; presentado por doña **Karen Jeannette KIEFFER MONTOYA**, alumna de la Escuela Académica Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud.

Artículo Segundo.- Disponer que la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, registre el Proyecto de Investigación arriba indicado en el Libro correspondiente.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.


Sra. **Yolanda Patricia Sánchez**
SECRETARÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Anexo 2: Resolución de nombramiento de Asesor

UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RESOLUCION N° 421-2019-D-FCS-UDH
Huánuco, 24 de Abril del 2019

VISTO, el expediente con Registro N° 291-2019 de fecha 11/ABR/19, presentado por doña **Karen Jeannette KIEFFER MONTOYA** estudiante de la Escuela Académico Profesional de Psicología Modalidad -Distancia quien solicita cambio de Asesor para el Proyecto de Investigación Titulado: **"NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – LIMA, 2018"**;

CONSIDERANDO:

Que, según el Reglamento de Grados y Títulos del Programa Académico de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, en su Capítulo II, del Trabajo de Investigación o Tesis, Artículos 27° y 28° estipula que el interesado deberá solicitar asesor para obtener el Título Profesional de LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, el cual será nombrado por la Facultad en Coordinación con la Escuela Académico Profesional de Psicología, y a propuesta del o la interesado (a), y;

Que, con Resolución N° 482-18-D-FCS-UDH de fecha 02/MAY/18 se designó como asesora a la DRA. MARIBEL SELMA CHAMORRO GUERRA, quien en la actualidad no mantiene vínculo laboral con nuestra Institución por lo que deviene declarar procedente lo solicitado por la recurrente;

Que, según Oficio N° 118-2019-C.A/PAPSIC/UDH-HCO de fecha 16/ABR/19, la Coordinadora Académica de la Escuela Académico Profesional de Psicología, propone como nuevo Asesor a la **PSIC. AIDA MARGARITA TARAZONA SOTO**.

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas en el Art. 45° del Estatuto de la Universidad de Huánuco y la Resolución N° 665-2016-R-UDH de fecha 25/AGO/16;

SE RESUELVE:

Artículo Único: DESIGNAR como nueva ASESORA a la **PSIC. AIDA MARGARITA TARAZONA SOTO** en el contenido del Proyecto de Investigación Titulado: **"NIVELES DE ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – LIMA, 2018"** presentado por doña **Karen Jeannette KIEFFER MONTOYA** alumna de la Escuela Académico Profesional de Psicología, para obtener el Título Profesional de LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

Tanto la Docente Asesora y la alumna, se sobre entiende que se ajustarán a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

Dra. Julia M. Polanco Escobedo
DEANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: E.A.PPsic//Exp. Grad./ Interesada/Asesor/Archivo/JPZ/gtc.

Anexo 3: Matriz de Consistencia

Niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018

Matriz de Consistencia							
Titulo: <i>Niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018</i>							
Autora: Karen Jeannette Kieffer Montoya							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variable única :Ansiedad Rasgo-Estado				
PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018?	OBJETIVO GENERAL -Identificar los niveles de ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018	HIPÓTESIS GENERAL H1. Los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 evidencian niveles altos de ansiedad. H0. Los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 no evidencian niveles altos de ansiedad.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos
			Ansiedad Rasgo	Observa los estados transitorios de ansiedad	1-20	Casi nunca (1) A veces(2) A menudo(3)	A. Rasgo Alto: 61-80 Medio: 41-60 Bajo: 20-40
PROBLEMAS ESPECÍFICOS Problema Específico 1 ¿Cuáles son los niveles de ansiedad rasgo de los padres de Niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Objetivo Específico 1 Describir los niveles de ansiedad rasgo de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018?	HIPÓTESIS ESPECÍFICA Hipótesis Específica 1 H1. Los niveles de ansiedad rasgo de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 son significativos H0. Los niveles de ansiedad rasgo de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 no son significativos.	Ansiedad Estado	Aprueba los estados de ansiedad recurrente	21-40	Nada(1) Algo(2) Mucho(3)	A. Estado Alto: 61-80 Medio: 41-60 Bajo: 20-40
			Nivel y Diseño de investigación			Población y muestra	
Problema Específico 2 -¿Cuáles son los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018?	Objetivo Específico 2 Describir los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018?	Hipótesis Específica 2 H1. Los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 son significativos. H0. Los niveles de ansiedad estado de los padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima-2018 no son significativos.	Nivel: Descriptivo simple Diseño: No experimental transversal Método: Observacional Tipo: Cuantitativo			Población: Padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Muestra: 50 padres de niños oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	
			Técnicas e instrumentos			Estadística a utilizar	
			Técnica: Psicométrica Instrumento: El inventario			Descriptiva: Tabla de frecuencias, gráfico de barras y porcentajes Análisis e interpretación de datos: Tabla de códigos y matriz de datos	

Anexo 4: Consentimiento Informado

Acta de Consentimiento Informado

Se me ha invitado a participar del estudio: “Niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018”, con la finalidad de describir los hallazgos que se encuentren por medio de la observación, aplicándome las pruebas psicométricas que se necesiten, asimismo tengo derecho de retirarme en cualquier momento del estudio, derecho a conocer los resultados del mismo, así como a la confidencialidad.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,Identificado con DNI..... de nacionalidad..... en....., consiento en participar en la investigación denominada: “Niveles de Ansiedad en padres de niños oncológicos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Lima, 2018”.

Firma

Anexo 5: Ilustraciones

El equipo de psicólogos del área



En Actividades lúdicas cotidianas

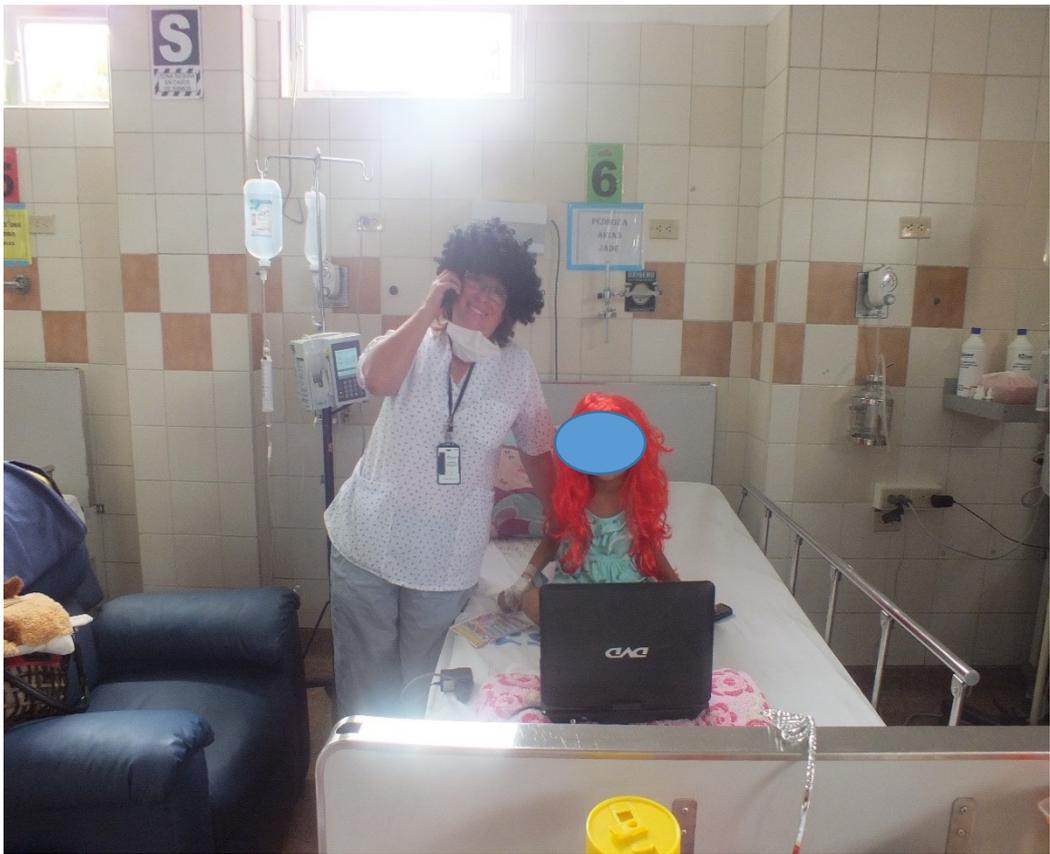
Aprovechando cada oportunidad en el trabajo diario con padres y niños













En la búsqueda de conseguir mejores estrategias para tratar situaciones tan complejas como estas, con calidad y calidez, haciendo uso de todos los recursos disponibles.



Anexo 6: Instrumento

IDARE

Inventario de autoevaluación

Algunas expresiones que la gente usa describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el circulo numerado que indique como se siente ahora mismo, o sea, en este momento, No hay contestaciones buenas o malas, No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

0	1	2	3
---	---	---	---

Ítems: A/Estado	No en lo absoluto	Un poco	bastante	mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Estoy a gusto				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8. Me siento descansado				
9. Me siento ansioso				
10. Me siento cómodo				
11. Me siento con confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento agitado				
14. Me siento "a punto de explotar"				
15. Me siento reposado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento muy excitado y aturdido				
19. Me siento alegre				
20. Me siento bien				

IDARE

Inventario de autoevaluación

Algunas expresiones que la gente usa describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique como se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente *generalmente*.

0	1	2	3
---	---	---	---

Ítems: A/Rasgo	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente	Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"				
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tomo las cosas muy a pecho				
32. Me falta confianza en mi mismo				
33. Me siento seguro				
34. Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades				
35. Me siento melancólico				
36. Me siento satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

Anexo 7: Documentos de Juicio de Expertos



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Ansiedad R-E

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: Estado								
1	Me siento calmado	✓				✓		
2	Me siento seguro	✓				✓		
3	Estoy tenso			✓				
4	Estoy contrariado	✓				✓		
5	Estoy a gusto	✓				✓		
6	Me siento alterado	✓				✓		
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	✓				✓		
8	Me siento descansado	✓				✓		
9	Me siento ansioso	✓				✓		
10	Me siento cómodo	✓				✓		
11	Me siento con confianza en mí mismo	✓				✓		
12	Me siento nervioso	✓				✓		
13	Me siento agitado	✓				✓		
14	Me siento "a punto de explotar"	✓				✓		
15	Me siento reposado	✓				✓		
16	Me siento satisfecho	✓				✓		
17	Estoy preocupado	✓				✓		
18	Me siento muy excitado y aturrido	✓				✓		
19	Me siento alegre	✓				✓		
20	Me siento bien	✓				✓		
DIMENSION 2: Riesgo								
21	Me siento bien	✓				✓		
22	Me canso rápidamente	✓				✓		
23	Siento ganas de llorar	✓				✓		
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	✓				✓		
25	Piendo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	✓				✓		
26	Me siento descansado	✓				✓		

27	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	✓	✓	✓	✓
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas	✓	✓	✓	✓
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	✓	✓	✓	✓
30	Soy feliz	✓	✓	✓	✓
31	Tomo las cosas muy a pecho	✓	✓	✓	✓
32	Me falta confianza en mí mismo	✓	✓	✓	✓
33	Me siento seguro	✓	✓	✓	✓
34	Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades	✓	✓	✓	✓
35	Me siento melancólico	✓	✓	✓	✓
36	Me siento satisfecho	✓	✓	✓	✓
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	✓	✓	✓	✓
38	Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza	✓	✓	✓	✓
39	Soy una persona estable	✓	✓	✓	✓
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	✓	✓	✓	✓

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable No aplicable
 Apellidos y nombres del juez validador: Opiniones Rogmo José Eduardo DNI: 88600061

Especialidad del validador: Psicología
 Lima, 10 de Setiembre, 2018
 DNI: 88600061

RED PROFESIONAL ALMENA RA
 PSICÓLOGOS QUINONES LOZANO
 ESSALUD
 Firma del Experto Informante.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Ansiedad R-E

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSIÓN 1: Estado								
1	Me siento calmado	X		X		X		
2	Me siento seguro	X		X		X		
3	Estoy tenso		X		X		X	
4	Estoy contrariado		X		X		X	
5	Estoy a gusto	X		X		X		
6	Me siento alterado		X		X		X	
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	X		X		X		
8	Me siento descansado	X		X		X		
9	Me siento ansioso		X		X		X	
10	Me siento cómodo	X		X		X		
11	Me siento con confianza en mí mismo	X		X		X		
12	Me siento nervioso		X		X		X	
13	Me siento agitado		X		X		X	
14	Me siento "a punto de explotar"		X		X		X	
15	Me siento reposado	X		X		X		
16	Me siento satisfecho	X		X		X		
17	Estoy preocupado		X		X		X	
18	Me siento muy excitado y aturdido		X		X		X	
19	Me siento alegre	X		X		X		
20	Me siento bien	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: Rasgo								
21	Me siento bien	SI	no	SI	no	SI	no	
22	Me canso rápidamente	X		X		X		
23	Siento ganas de llorar	X		X		X		
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	X		X		X		
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	X		X		X		
26	Me siento descansado	X		X		X		


Luis Oscar Valázquez Aguilera
 PSICÓLOGO
 C.Ps. P. 2303

27	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	X				X	
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas	X				X	
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	X				X	
30	Soy feliz	X				X	
31	Tomo las cosas muy a pecho	X				X	
32	Me falta confianza en mí mismo	X				X	
33	Me siento seguro	X				X	
34	Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades	X				X	
35	Me siento melancólico	X				X	
36	Me siento satisfecho	X				X	
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	X				X	
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	X				X	
39	Soy una persona estable	X				X	
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	X				X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: León Metodólogo Velásquez Aguilardus DNI: 10007046

Especialidad del validador: Psicólogo clínico - Magister en Psicología clínica y familiar
 Lima, el de Setiembre de 2018

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Luis Velásquez P.
Luis Oscar Velásquez Aguilardus
 PSICÓLOGO
 C. P. P. 3303



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Ansiedad R-E

Nº	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	DIMENSIÓN 1: Estado							
1	Me siento calmado	✓		✓		✓		
2	Me siento seguro	✓		✓		✓		
3	Estoy tenso	✓		✓		✓		
4	Estoy contrariado	✓		✓		✓		
5	Estoy a gusto	✓		✓		✓		
6	Me siento alterado	✓		✓		✓		
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	✓		✓		✓		
8	Me siento descansado	✓		✓		✓		
9	Me siento ansioso	✓		✓		✓		
10	Me siento cómodo	✓		✓		✓		
11	Me siento con confianza en mí mismo	✓		✓		✓		
12	Me siento nervioso	✓		✓		✓		
13	Me siento agitado	✓		✓		✓		
14	Me siento "a punto de explotar"	✓		✓		✓		
15	Me siento reposado	✓		✓		✓		
16	Me siento satisfecho	✓		✓		✓		
17	Estoy preocupado	✓		✓		✓		
18	Me siento muy excitado y aturdido	✓		✓		✓		
19	Me siento alegre	✓		✓		✓		
20	Me siento bien	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Raego							
21	Me siento bien	✓		✓		✓		
22	Me canso rápidamente	✓		✓		✓		
23	Siento ganas de llorar	✓		✓		✓		
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	✓		✓		✓		
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	✓		✓		✓		
26	Me siento descansado	✓		✓		✓		

27	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	✓			
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas	✓	✓		
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	✓	✓		
30	Soy feliz	✓	✓		
31	Tomo las cosas muy a pecho	✓	✓		
32	Me falta confianza en mí mismo	✓	✓		
33	Me siento seguro	✓	✓		
34	Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades	✓	✓		
35	Me siento melancólico.	✓	✓		
36	Me siento satisfecho	✓	✓		
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	✓	✓		
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	✓	✓		
39	Soy una persona estable	✓	✓		
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	✓	✓		

Observaciones (precisar si hay

suficiencia): si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mgstr. Kathleen Santos Basilio DNI: 98554445

Especialidad del validador: Psicólogo - Teórica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 10 de dic. 2018



Firma del Experto Informante.

Lic. Kathleen Santos Basilio
 PSICÓLOGA
 C.P.P. 72116

Anexo 8. Ficha Técnica del instrumento.

Ficha técnica

Nombre del test	: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
Nombre original	: “State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)”. - 1982.
Nombre del autor	: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene
Particularidad	: Instrumento de exploración psicológico.
Objetivo	: Evaluar el nivel actual de ansiedad y la Predisposición de la persona a responder al estrés.
Estructuración	: Comprende 2 escalas separadas de Autoevaluación. Escala 1: Ansiedad como Estado (E). Escala 2: Ansiedad como Rasgo (R).
Características del inventario	: Escala tipo Likert. Consta de 40 ítems. Administración: Individual y colectiva. Tiempo: 20 minutos aproximadamente. Utilidad: Determinar el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Edad: Adolescentes y adultos. Datos normativos: Se utilizan los datos encontrados en una muestra de 133 estudiantes universitarios, siendo el 39.8% hombres y 60.2% mujeres.
Calificación	: Las puntuaciones para ambas partes van desde el 0 al 60, en donde los evaluados puntúan los enunciados en rangos de 0 a 3 puntos. En la escala Ansiedad-Estado, existen 10 enunciados de escala directa e indirecta para evitar la aquiescencia en las respuestas; mientras que en

la de Ansiedad-Rasgo, 7 de escala invertida y 13 de escala directa.

Ítems de la sub escala de Ansiedad-estado (E): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20. Donde los ítems de escala indirecta (o invertida): son 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Ítems de la sub escala de Ansiedad-rasgo (R): 20, 21, 22, 23, 24,25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. Donde los ítems de escala indirecta (o invertida): son 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Consta de dos dimensiones Ansiedad-estado (tendencia temperamental que un individuo tiene de reaccionar de forma ansiosa, sin importar la situación que esté experimentando en ese momento.), el cual presenta como indicadores: Tranquilidad, seguridad, nerviosismo y preocupación; comprendidos en los ítems del 1 al 20.

Para Ansiedad-Rasgo (estado en el cual la persona es capaz de percibir un mayor número de situaciones como amenazantes, aumentando sus niveles de ansiedad. La ansiedad sería considerada un factor de la personalidad), presenta indicadores como satisfacción constante, estabilidad, preocupación constante e insatisfacción y abarcan los ítems 21 a 40 del cuestionario.

Validación y confiabilidad de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

- Validez: A través del Análisis factorial de la sub escala de Ansiedad-Estado a través de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de

0.841. Para la sub escala de Ansiedad-Rasgo, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.855

- Confiabilidad: Para la sub escala de Ansiedad-Estado en Alpha de Cronbach obtuvo 0.908 en los 20 ítems y valores mayores a 0.20 en el índice de homogeneidad. En la sub escala de Ansiedad Rasgo, el resultado dio un Alpha de Cronbach menor a 0.874.

Utilizado en Perú:

- Anchante (1993), validó el IDARE en el Perú. Encontró una confiabilidad interna a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0.92 para la escala A- Estado y de 0.87 para la escala A- Rasgo.
- Rojas (1997), halló una confiabilidad interna de 0.93 para la escala A- Estado y de 0.85 para la escala A- Rasgo; además, registró que la mediana para la correlación ítem-test en la escala A- Estado fue 0.64 y en la escala A- Rasgo, de 0.45.
- Flores (1999) con la misma prueba, realizó la correlación ítem-test para las dos escalas, obteniendo, en todos los casos, coeficientes de correlación superiores al criterio de 0.20, razón por la cual todos los ítems fueron aceptados y considerados como coeficiente Alfa de Cronbach, con un puntaje de 0.91 para la escala A- Estado y de 0.83 para la escala A- Rasgo, demostrándose la consistencia interna del IDARE.
- Céspedes Condoma (2015), Perú: "Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en niños y Adolescentes de Lima Sur.
- Arias (1990), realizó un estudio de validación de la prueba en Argentina, Ecuador, México y Perú. Para la interpretación de los resultados, la autora ofrece una tabla de conversión de puntuaciones derivada de una muestra mexicana, presentando baremos utilizando una escala de centil ordinal, 5 a 95.