



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN
PADRES DE NIÑOS ONCOLÓGICOS INTERNADOS EN UN
HOSPITAL GENERAL DE LIMA**

**PRESENTADA POR
LUIS OSCAR VELÁSQUEZ AGUILAR**

**ASESOR
PAUL BROCCA ALVARADO**

**TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y FAMILIA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN TURISMO Y

PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE

NIÑOS ONCOLÓGICOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE

LIMA

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y FAMILIA

PRESENTADO POR:

LUIS OSCAR VELÁSQUEZ AGUILAR

ASESOR:

MG. PAUL BROCCA ALVARADO

Lima, Perú

2018

Dedicatoria:

La presente tesis la dedico con todo mi afecto a mi familia: a mi esposa Elia e hijas: Nathali, Katherine y Laura por su comprensión y apoyo incondicional durante el desarrollo de mi carrera profesional como Psicólogo, siempre fueron y serán mi fuente de inspiración y motivación.

Así mismo, dedico este trabajo a las niñas y niños oncológicos, y sus padres que me permitieron acompañarlos en todo el proceso de su enfermedad y tratamiento, brindándome la oportunidad de poder ayudarlos desde mi campo profesional y humano.

A la vez agradezco a los amigos y colegas que motivaron a concluir este estudio y, especialmente, a aquellos que me ayudaron con sus aportes y sugerencias para continuar y concluir este trabajo, que aporta mucho en el bienestar emocional de los padres de familia de los niños que padecen cáncer.

Gracias a todos.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
INDICE DE CONTENIDOS.....	iii
INDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	10
1.1. Bases Teóricas.....	10
1.1.1 El cáncer infantil.....	14
1.1.3 Afrontamiento.....	16
1.1.4 Ansiedad.....	16
1.1.5 Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad.....	17
1.1.6 Ansiedad rasgo (A/R) y ansiedad estado (A/E).....	18
1.1.7 Otras variables que considerar en la ansiedad	20
1.2 Antecedentes de la investigación	21
1.3 Planteamiento del Problema	25
1.3.1 Descripción de la situación problemática	25
1.3.2 Formulación de problema	26
1.4 Objetivos de la investigación	26
1.5 Justificación de la investigación	27
1.6 Viabilidad de la investigación.....	29
1.7 Limitaciones del estudio	30
CAPITULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES	
2.1 Formulación de Hipótesis	
2.2 Variables de la investigación	
2.3 Definición operacional de las variables	
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1 Tipo y diseño de investigación	34
3.2 Población y muestra	34
3.3 Técnica de Recolección de Datos.....	35
Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE):.....	35
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.....	37
3.4. Procedimiento.....	41
3.5 Técnica estadística para el Procesamiento de la información	42

CAPITULO IV: RESULTADOS	43
4.1 Distribución normal	43
4.2 Correlación de variables	48
CAPITULO V: DISCUSIÓN	56
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS.....	63
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los puntajes de la variable Ansiedad Rasgo con Estilos de Afrontamiento	43
Tabla 2: Distribución de los puntajes de la variable Ansiedad Estado con Estilos de Afrontamiento	46
Tabla 3: Correlación de los puntajes de la Escala de Ansiedad Rasgo con Estilos de Afrontamiento	48
Tabla 4: Correlación de los puntajes de la Escala de Ansiedad Estado con Estilos de Afrontamiento	52

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo determinar la relación entre los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento en los padres de niños oncológicos hospitalizados. La muestra estuvo constituida por 50 padres de niños oncológicos hospitalizados en la Unidad de Oncohematología pediátrica de un hospital general de Lima durante el mes de enero a diciembre del 2014. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. Los resultados fueron analizados mediante el estadístico Kolmogórov-Smirnov (K-S) para determinar la normalidad de las pruebas. El resultado determinó que utilizemos estadísticos no paramétricos. Se encontró que los resultados de los dos instrumentos utilizados son no significativos, a excepción en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés en el área de Análisis de emociones que presenta una correlación media y es significativa, en el área de Retorno a la religión y Negación es mínimamente no significativo. Se concluye que este estudio es de gran importancia porque los resultados obtenidos servirán para elaborar y proponer la implementación de programas psicoeducativos en las Unidades de Onco Hematología Pediátrica de los diferentes centros asistenciales en nuestro país, dirigido a los padres con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y potenciar las estrategias de afrontamiento frente a las vivencias que se experimentan frente al cáncer y el tratamiento de sus niños.

Palabras clave: ansiedad, estrategias, afrontamiento, oncología y pediatría.

Summary

This investigation work has as an objective to determine the relationship between the different levels of anxiety with the manners the parents of hospitalized oncological children use face that reality. The sample was constituted by 50 parents of oncological children hospitalized at the Pediatric Oncohematologic Unit of a general hospital in Lima from January to December 2014. The instruments used were the Questionnaire of Stress Facing Methods and the Inventory of Estate-Feature IDARE. The results were analyzed with the Kolmogorov-Smirnov (K.S) statistical to determine the normality of tests. The results determined that we should use non-parametric statistics. We found out that the results of both instruments used were not relevant, with the exception of the Questionnaire of Stress Facing Methods in the Emotions analysis area, which presents media correlation and is meaningful, in the area of Return to religion and Denial is barely meaningful. Therefore this study is of great importance because its results will help to elaborate and propose the implementation of psychoeducational programs within the Pediatric Oncohematologic Units in different assistance centers in our country, which aim to help fathers in the objective of lower their levels of anxiety and enhance the strategies to face the experience of cancer and treatment in their children.

Key words: anxiety, strategies, facing, oncology, pediatrician

INTRODUCCIÓN

La presente investigación centra su interés en la atención psicológica que se brinda a los padres con hijos o hijas menores que padecen de cáncer que son atendidos en la sala de hospitalización de Oncología y Hematología.

Debido a que, la vida de dichos niños, al padecer una enfermedad de tipo crónico-terminal como el cáncer, es afectada de manera significativa tanto a nivel fisiológico y, sobre todo, psicológico que van desde el ámbito personal hasta el familiar (Grau & Espada, 2012).

Esta situación se manifiesta dado que el cáncer suele enmarcarse dentro de un contexto familiar específico, esto es, no solo se circunscribe al paciente que ha sido diagnosticado, sino que involucra a toda la familia (Espada & Grau, 2012).

Cabe destacar que, si bien la familia constituye, en este aspecto, la unidad necesaria de cuidado, protección y de salud para cada integrante de la familia, esta tiene la importante tarea de adaptarse a una situación bastante estresante. La cual es desencadenada por cierto grado de incertidumbre frente a un evento que escapa del control familiar. Ante ello, se utilizará un conjunto de formas de afrontamiento con la finalidad de superar o manejar tal situación.

En este sentido, tal como sostienen Carmina, Sánchez, Gros, Capdevila y Pérez-Campdepadrós (2010), cuando una niña o niño es diagnosticado de cáncer, dicha situación no solo va a afectarlo psicológicamente a él o ella, sino también a su familia más directa; ya que, dicha situación, vista desde un enfoque del sistema familiar, es susceptible de afectar a los parientes.

No obstante, ante dicho panorama, generalmente los miembros de la familia más afectados son los padres, ya que ellos son los responsables de la formación y cuidado de la salud del menor.

De esta manera, cuando los hijos se enferman van a generar en los padres una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad, tratamiento y hospitalización (Grau & Espada, 2012).

Por ello, el presente estudio busca determinar los diferentes niveles de ansiedad (tanto como estado psicológico, así como de rasgo) e identificar los estilos de afrontamiento que presentan los padres y madres cuando tienen a un hijo hospitalizado, ya que dicho evento, habitualmente, genera, estrés y ansiedad.

De igual manera, los resultados de esta investigación servirán para elaborar, aplicar y evaluar un programa de intervención psicológica dirigidos a las madres y padres de los niños que se encuentran internados en la sala de hospitalización de Onco Hematología Pediátrica de un hospital de Lima.

El presente estudio consta de cinco capítulos, en el primer capítulo, se expuso una fundamentación teórica, la cual sustentó la pregunta de investigación, así como el planteamiento del problema; y, en base a estos, se plantearon los objetivos de la investigación.

En el segundo capítulo, se presenta la Hipótesis, las Variables de Estudio y la definición operacional de las variables.

En el tercer capítulo se describe el método, diseño, participantes, instrumentos y procedimientos empleados, así como las técnicas estadísticas.

En el capítulo cuarto se presenta el procesamiento de la información. Finalmente, en el capítulo quinto se presenta la discusión, las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas

El cáncer infantil puede significar por lo general para el niño y sus padres el enfrentamiento con una muerte inminente. Sin embargo, gracias a los avances de la medicina se están brindando tratamientos más especializados que ayudan a elevar las expectativas de vida estos pacientes.

Aún se desconoce la etiología de los diferentes tipos de cáncer en niños y adolescentes, pero los más frecuentes suelen ser aquellos que involucran el sistema nervioso, linfático y oseo. Cada uno de estos tipos de cáncer se comporta de forma diferente, pero todos se caracterizan por la proliferación descontrolada de células anormales. No obstante, el cáncer infantil tiene, en la mayor parte de los casos, un mejor pronóstico que el de adultos (OMS, 2013).

Cabe destacar que la enfermedad evoluciona, además, en el seno de un sistema familiar en la que cada integrante de la familia deberá atravesar por el proceso de aceptar la enfermedad y adaptarse a los cambios que se da en el funcionamiento de dicho sistema. (Pozo; Bretones; Martos; Morillejoa & Cid, 2014).

De igual manera, debido a las diversas dificultades que se enfrentan los pacientes ya sea de tipo personal, de falta de medicamentos o reactivos para procedimientos de diagnóstico y de tratamiento, los niños y padres se encuentran más sensibles ante la falta o poca atención médica o requerimientos de insumos, generando una serie de problemas de tipo emocional o social de importancia y que los conlleva a una considerable dificultad en su calidad de vida.

Para ello, hay un profesional de psicología que se ocupa de atender a los pacientes afectados y a sus familias, así mismo, los ayuda a afrontar el impacto

emocional de la enfermedad y del tratamiento para mejorar su calidad de vida, tanto a él mismo como a su familia, esta es: la psicooncología (Ibáñez & Baquero 2009).

Cruzado (2010) sostiene que la Psicooncología es un campo interdisciplinario de la psicología y las ciencias bio-médicas orientado a desarrollar programas de promoción, prevención, establecer técnicas de evaluación y diagnóstico y formas de tratamiento, así mismo se dedica al estudio de la rehabilitación, cuidados paliativos, como también a la potenciar las competencias comunicativas y de interacciones entre el paciente, familia y el personal de salud.

Bajo esta perspectiva, uno de los aspectos de gran valor e importancia, en esta disciplina, es que centra su atención no solo al paciente oncológico, sino también en los familiares del mismo, ya que, en muchas ocasiones, se generan reacciones de que generan conflictos con el equipo de salud, ya sea por los síntomas secundarios propios de la quimioterapia o algunos procedimientos que pueden producir alteraciones en la fisiología del paciente y, por tanto, producir diversos malestares que lo pueden llevar a un estado de ansiedad considerable.

Por lo tanto, los familiares, al observar al paciente, también experimentan una serie de reacciones emocionales frente a esta nueva y difícil situación.

Ahora bien, dentro del ámbito pediátrico, la psicooncología nos brinda una perspectiva integral con respecto al cuidado del niño con cáncer y su familia a cargo un equipo interdisciplinario (Arcos, 2009).

Aunque este campo de estudio aún sigue siendo poco explorado (lo cual conlleva a que existan pocos profesionales dedicados a dicha disciplina) dicha situación conlleva a la necesidad de crear o reforzar programas de especialización académica que cubra estas necesidades, sobre todo en el ámbito infantil.

Esto es, que se capacite profesionales para la especialidad de psicooncología pediátrica, en donde dichos profesionales realicen investigaciones acerca de los efectos

secundarios que producen los tratamientos oncológicos en los niños; de igual manera, las perspectivas teóricas de las estrategias de afrontamiento; así como, la problemática que se presenta cuando la familia entra en crisis por la situación que está atravesando como también el abordaje del proceso de aceptación y adaptación de los hermanos; y finalmente establecer la formas o técnicas del manejo del duelo como parte de la atención integral asistencial en el niño y familia (Méndez, 2005).

Hay que mencionar, además, que este especialista, al forma parte del equipo de salud que atiende a los niños con cáncer, debe tener una formación básica de la enfermedad, sus fases y formas de tratamiento de la enfermedad, esto con la finalidad de disminuir las diferentes reacciones emocionales, así como de sus cuidadores primarios ante la noticia del diagnóstico e inicio del tratamiento.

Igualmente, es de suma importancia considerar que el especialista logre que el paciente cumpla con seguir el tratamiento, a través de la intervención psicoterapéutica para ofrecer mayor efectividad, dado que esto preparará al niño y a su entorno familiar para una eventual cirugía radical o, bien, para un trasplante de médula ósea (Méndez, 2005).

Así mismo se debe considerar importante la intervención de los especialistas con la familia del paciente, ya que, al enfrentar el diagnóstico y el tratamiento, los familiares experimentan distintas emociones que van desde la negación, depresión, enojo y hasta la ansiedad. Las cuales deben ser canalizadas adecuadamente ya que, de esta manera, se busca enfrentar y asumir estos cambios.

Cabe aclarar que las estrategias de afrontamiento son aquellas que están orientados a alterar la estabilidad emocional, como sentimientos asociados con la amenaza que puede generar un desequilibrio psicológico. Dichas estrategias, serán más efectivas en la medida que reduzcan los efectos negativos del evento el cual ha generado su aparición (De la Huerta et al., 2006).

Finalmente, Espada y Grau (2012) presentan un estudio donde se exponen dos tipos de estrategias de afrontamiento – las activas y las pasivas – siendo ambas, además, las más recurrentes por los padres de niños oncológicos. Dichas estrategias se detallan a continuación:

a) Estrategias activas, estas estrategias están relacionadas con:

- Centrarse en el problema con entereza y con tranquilidad es decir focalizar su atención en distintas fases de la enfermedad (Por ejemplo, en el proceso del diagnóstico, tratamiento médico, cuidados paliativos, secuelas, recidivas, muerte, etc.)
- Una regulación afectiva, dado que los papas se esfuerzan por manejar el temor y las emociones que generar malestar manteniendo, aparentando un estado de estabilidad emocional ante las situaciones frustrantes.
- La necesidad de obtener información de los padres que realizan sobre todo lo relacionado a la enfermedad.
- La búsqueda de un soporte social, de tipo instrumental y consejería fundamentalmente en los médicos. Así mismo los padres buscan apoyo psicológico y compañía en las amistades más cercanas y familiares directos e incluso apoyo espiritual.
- La reevaluación o reestructuración cognitiva, consiste en replantear pensamientos negativos o distorsionados que los padres intentan modificar a un tipo de pensamientos más positivos a la experiencia de la enfermedad y tratamiento de su hijo y así de esta manera reestructurar sus propios valores.
- La distracción, destinada al desarrollo de actividades lúdicas que busca desfocalizar la atención a los síntomas y secuelas de la enfermedad para bajar los niveles de ansiedad (animadores en el hospital, ir a ver una película, teatro, compartir con los amigos, entre otras).

Por último, es importante resaltar que lo más frecuente utilizado como estrategia en lo que manifiestan los padres son: afrontamiento del problema con entereza y adecuación a la acción y calma; y la regulación afectiva aparentando normalidad (Espada & Grau, 2012).

El apoyo social, la búsqueda de información y la reestructuración cognitiva son estrategias que se utilizan con más frecuencia, sin embargo, los padres comentan que estrategias como la distracción se usan con menos frecuencia. (Espada & Grau, 2012).

b) Estrategias pasivas o evitativas, este tipo de estrategias se escucha poco en los discursos de los padres y generalmente se expresan ante situaciones en la que reaparece la sintomatología de la enfermedad (recidiva) y la muerte. Estas comprenden:

- La rumiación, consiste cuando los padres expresan temores sobre posibles recaídas o el desenlace de la vida su hijo.
- La huida / evitación, esto sucede cuando los padres evitan o se alejan de situaciones cercanas a la muerte de su hijo en el hospital.
- El aislamiento social, esta reacción es descrita cuando las madres reaccionan aislándose de su entorno cercano ante el proceso de muerte de su hijo o ante la de otro niño que se encuentra hospitalizado. (Espada & Grau, 2012).

Por otro lado, es importante considerar la ansiedad, este término proviene del latín *anxietas*, en el cual la persona se encuentra en un estado de malestar emocional y físico que se caracteriza por inquietud o zozobra, turbación a causa de una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. (Cía., 2002).

A su vez, Orozco y Vargas (2012) definen a la ansiedad como una emoción que surge ante situaciones ambiguas o amenazantes y que anticipa a la persona para actuar ante estas situaciones a través de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Esta sensación de temor o miedo va acompañada de cambios de tipo

fisiológicos que preparan para la defensa o evitación, generando incremento de la presión arterial, la respiración, frecuencia cardíaca y tensión muscular como también el aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria y diarrea).

Igualmente, Hernández, Gómez, Ibáñez y Pérez (2008) sostienen que la ansiedad puede ser asumida como una reacción normal cuando se puede dar ante exigencias de la vida diaria como cuando una persona atraviesa por situaciones relacionadas a una amenaza, pérdida o peligro de algo que va a suceder, por ejemplo, rendimiento ante una situación de examen, una entrevista, riesgo de desaprobar el año escolar, ante un procedimientos o intervención quirúrgica; etc.

Esto debido a que la ansiedad opera como señal para buscar la adaptación por lo que esta adopta un carácter de transitoriedad y la persona, muchas veces, la percibe como nerviosismo y desasosiego.

Aunque, en situaciones peligrosas con riesgo de daño, la ansiedad puede alcanzar la intensidad de terror o de pánico; pero pasado el período de gran demanda de amenaza o de peligro, la persona vuelve a su condición basal.

Finalmente, la ansiedad patológica se da cuando esta se hace constante, e intensa frente a los estímulos medio ambientales; igualmente se torna desproporcionada a los eventos que la causan; y, por último, genera conductas evitativas o de retraimiento. Por ende, este tipo de ansiedad es catalogada dentro de los trastornos mentales (Hernández et al., 2008).

1.1.1 El cáncer infantil

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), “cáncer”, “neoplasias” o “tumores malignos” es un término que engloba un conjunto de diferentes tipos de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo de una persona (es posible que sea más de 100 enfermedades).

Uno de los aspectos más frecuentes en esta enfermedad es el rápido desarrollo de células anómalas que crecen de manera anormal y llegan a dañar zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación a las llamadas metástasis (OMS, 2013).

Por otro lado, el cáncer infantil o cáncer pediátrico, es un tipo de enfermedad que presenta características específicas que lo diferencia de aquel que se presenta en jóvenes y adultos. Quiere decir que, en el caso de los pacientes adultos, muchos de los tipos de cáncer son el resultado de la exposición a agentes productores del mismo, tales como es el caso de cultivar malos hábitos que dañan el organismo como la dieta, exposición al sol, consumo de tabaco, agentes químicos y otros elementos que tienen que ver con el ambiente.

1.1.2 Efectos de la hospitalización y/o enfermedad en niños (as)

Pabón (2014) sostiene que cuando el niño o niña permanece en un hospital puede asumir diferentes actitudes o comportamientos como por ejemplo puede sentirse abandonado por su familia.

También es frecuente que el niño demore en comprender porque a veces se debe quedar solo generando, a su vez, estrés. En otros casos el niño o niña puede experimentar dolor, depresión, desconcierto, cólera y aislamiento.

Las reacciones emocionales que presentan los niños por el estrés ocasionados por la experiencia hospitalaria se pueden incrementar a medida que el tiempo de hospitalización se prolongue. Estas dificultades pueden indicar que el niño puede estar atravesando por un proceso de adaptación. Por ello, el niño o niña demanda compañía y afecto de un familiar que la mayoría de veces prefiere que sea la madre o el padre, por lo tanto, no es de extrañar que los niños se aferren corporalmente y no quieran desprenderse de ellos.

Del mismo modo, durante la rutina diaria de la hospitalización se observan frecuentemente alteraciones o trastornos emocionales que presentan los niños cuando experimenta la separación momentánea de sus padres y temen ser abandonados por ellos; dichos síntomas pueden ser: llanto frecuente, sentimientos de tristeza y soledad, sentimiento de abandono o culpa, agresividad y sentimiento de frustración.

Por ello, se considera que la presencia de los padres o familiares, que acompañan al niño o niña durante su hospitalización, ayuden a mejorar significativamente en la recuperación de la salud del niño o niña (Pabón, 2014).

Así como, se puede observar una eficaz recuperación integral en el niño en los aspectos psicológicos, nutricionales, sociales y físicos, lo que influyen en la disminución de los días de estancia y de los costos hospitalarios (Pabón, 2014).

1.1.3 Afrontamiento

Díaz (2012) sostiene que “el afrontamiento forma parte de la gama de recursos psicológicos de cualquier sujeto y es una de las variables personales declaradas como partícipes en los niveles de calidad de vida” (p.30).

De la Huerta et al. (2006) consideran que “el término de afrontamiento nos ayuda a explicar cómo los niños y los padres se adaptan a la enfermedad y tratamiento” (p.50), debido a que, desde que la familia tiene conocimiento que el niño es diagnosticado de cáncer, se produce un “choque emocional” y una experiencia traumática que pone en riesgo la estabilidad de la vida familiar y sus lazos. Dado el niño rol que desempeña en la propia familia, no solo en la rutina diaria, sino también en la dinámica de esta.

1.1.4 Ansiedad

La ansiedad es experimentada por todas las personas en diferentes momentos de su vida, ya sea en una intensidad leve o moderada y en algunos casos en forma intensa (Gutiérrez, 2006). La ansiedad en relación con su intensidad puede comprender

desde un nivel normal frente a una situación amenazante, hasta experimentar un grupo de síntomas breves o prolongados, alterando diferentes aspectos de su vida cotidiana. Se predice que aproximadamente más del 14% de la población en algún momento experimentará estados de ansiedad en algún momento de su vida, sin embargo, también hay buen número de personas que padecen de ansiedad, pero no la identifican como tal a pesar de llevar una rutina de vida seriamente alterada. (Valera, 2004).

1.1.5 Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad

Torres y Chávez (2013) refieren que la ansiedad presenta manifestaciones físicas y mentales. Las físicas; llamadas también psicofisiológicas, comprenden los problemas cardiovasculares, digestivos, respiratorios y dermatológicos.

Por otro lado, las mentales están relacionadas con la alteración del estado de ánimo, de la alimentación, del sueño y pérdida del control de los impulsos.

De igual manera, la ansiedad presenta una serie de manifestaciones que afectan el estado emocional de la persona, principalmente en cuatro áreas:

- a) Control psicológico: donde presenta síntomas de inquietud interna, temor a descontrolarse ante las situaciones que experimenta por inseguridad de si mismo.
- b) Control de la conducta; cuando la persona suele encontrarse en permanente estado de alerta, con dificultad para reaccionar ante un peligro.
- c) Control asertivo; cuando la persona comienza a manifestar ciertas hostilidades, sobre todo, en las conversaciones con otras personas.
- d) Compromiso intelectual; cuando se presenta dificultad en el proceso de ordenar la información a causa de pensamientos preocupantes y negativos generando dificultad para almacenar información y para concentrarse (Torres & Chávez, 2013).

1.1.6 Ansiedad rasgo (A/R) y ansiedad estado (A/E)

Ahora bien, se debe diferenciar e identificar cuando la ansiedad es solo un estado emocional ante una situación específica o cuando es un rasgo característico de la personalidad, lo cual nos lleva a diferencia entre la ansiedad rasgo y la ansiedad estado.

Según Gutiérrez (2006), define rasgos a las tendencias que se dan con frecuencia en forma estable y consistente en el comportamiento. Es decir que una persona puede presentar un determinado rasgo y tiende a comportarse de la misma manera en diferentes momentos (estabilidad) y en diversas situaciones (consistencia).

En cambio, el estado se refiere a la forma en que una persona se encuentra en un determinado momento y es el resultado de la interacción entre rasgos y situación, es decir, entre la predisposición basada en factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro.

a) Ansiedad Rasgo (A/R). Spielberger (1980), refiere que la A/R constituye una predisposición, por parte de la persona, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes, y, por tanto, a responder, con frecuencia, con elevados niveles de ansiedad.

Por lo tanto, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas).

Entre las características de la ansiedad-rasgo tenemos que:

- A niveles altos de ansiedad rasgo (A/R), el sujeto interpreta el mundo como más peligroso o amenazador; en comparación con aquellos que tiene niveles bajos.

- Cuando el nivel de A/R es alto los sujetos son más vulnerables a la tensión porque tienden a ver amenazas en más situaciones que aquellos que presentan bajos niveles de A/R.
- Los sujetos que presentan un nivel alto de ansiedad rasgos son los que manifiestan estados de ansiedad más duraderos.
- Los sujetos con una ansiedad rasgos de niveles altos estarán más predispuestos a experimentar niveles altos de ansiedad de tipo neurótico, es así que las derivaciones de los pensamientos o recuerdos reprimidos de situaciones peligrosas dan lugar a reacciones de tipo A/E.
- Las personas con ansiedad rasgos de niveles muy bajos generalmente se les considera como sujetos “pocos sensibles” e “indiferentes” hacia las personas de su entorno social.
- En experiencias de evaluaciones para seleccionar persona, los postulantes que se presentan ante exámenes para ingresar a la universidad, entre otros. Estas serán consideradas como más amenazantes por personas con una ansiedad rasgo elevada, en comparación con las personas que tienen una ansiedad rasgo baja.
- Generalmente las personas con nivel de ansiedad alta como rasgos son más vulnerables a la evaluación de los demás porque se subestiman y les falta confianza en sí mismo.

b). Ansiedad Estado (A/E). Spielberger (1980), definió la ansiedad estado como un estado emocional momentáneo caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo; siendo suscitado por aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real. Siendo algunas de sus características:

- Muestran variación respecto a la intensidad y duración, y fluctúan a través de un tiempo largo en función de la cantidad de estrés que afecta a la persona y a la

interpretación individual de la situación estresante que se percibe como personalmente peligrosa.

- La A/E comprende a la ansiedad actual, en el tiempo presente, a la emoción manifestada por la persona ante una situación determinada.
- Generalmente el nivel de ansiedad estado está relacionado con el nivel de ansiedad rasgo que la persona presenta, esto podemos decir que a una mayor predisposición a presentar ansiedad rasgo indicaría mayor predisposición a reaccionar con ansiedad ante un rango más amplio de situaciones ansiedad estado que aquellas personas que presentan menor predisposición a la ansiedad.

1.1.7 Otras variables que considerar en la ansiedad

Es frecuente que la reacción del estrés emocional produzca emociones negativas sobre la ansiedad. Esto implica que es estado de alerta, ante la posibilidad de recibir una respuesta o resultado negativo; sin embargo; aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de 52 estados internos, se relaciona en la mayoría de las veces con situaciones de gran estrés provenientes de hechos externos.

Es preciso señalar que algunas personas pueden ser más sensibles que otras, ya que estas emociones son experimentadas por cualquier persona, ya que específicamente es una forma de respuesta ante una situación de estrés. (Latorre, 2009).

Por otro lado, si bien la ansiedad puede ser experimentada por cualquier persona, también se precisa señalar que periodos intensos de ansiedad pueden generar consecuencias de tipo patológico, con probabilidades de afectar áreas cognitivas que redundan en problemas de rendimiento intelectual, a la salud física y a la salud mental (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

Por lo tanto, una de las causas que condiciona al individuo para la aparición de la ansiedad es el estrés permanente; cuando se da en forma continua; puesto que, este estado puede progresivamente instalarse en el pensamiento. Por lo que, si un evento con carga estresante no es temporal (como lo sería la provocada por un viaje, un accidente en auto sin lesiones) y, por el contrario, su duración es de mucho tiempo, acaba por incorporarse en la mente y propicia el terreno para el desarrollo de un verdadero trastorno de ansiedad (Valera, 2004).

1.2 Antecedentes de la investigación

Los estudios acerca de los estilos de afrontamiento al estrés, causado por la hospitalización del paciente pediátrico, y su relación con los niveles de ansiedad experimentado, tanto en el propio paciente, como sus cuidadores y padres, han sido abordados por diversos autores y bajo múltiples perspectivas.

En este sentido, Carmina, et al. (2010), realizaron un estudio donde se observó una baja prevalencia de los estilos de afrontamiento de desvinculación entre los padres de niños oncológicos.

Se encontró que mayor número de padres (varones y damas) refieren haber hecho uso de estrategias de afrontamiento de vinculación ante una situación problemática; tales como: la aceptación, la planificación, el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva, entre otros. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios sobre la oncología pediátrica, e incluso con estudios sobre familias de niños con enfermedades crónicas.

De igual manera, Chacín y Chacín (2011) en *Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer* tuvieron, entre sus objetivos de investigación, establecer cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas que con mayor frecuencia utilizan los padres de niños y adolescentes padecen esta enfermedad. Aquí se observaron diferencias estadísticamente relevantes, entre los grupos, (0,033 en

la dimensión retraimiento), la cual disminuyó en el grupo de padres cuyos hijos se encuentran fuera de la fase de tratamiento. De igual manera se evidenció un 0,00 en la dimensión de aceptación), en la cual predomina en el grupo de tratamiento y fuera de este. Por último, se encontró un 0,00 en los padres de niños con cáncer que recientemente han sido diagnosticados.

Cabe destacar que dicho estudio fue motivado por el hecho de que los niños por el estado evolutivo en que se encuentran suelen suceder cambios en los aspectos físico, social y psicológico, algunas veces generados por la enfermedad crónica que sufren y por los diferentes procedimientos de diagnóstico y tratamiento a los cuales deben ser aplicados para lograr su recuperación.

Así mismo, De la Huerta, Corona y Méndez (2006) en su investigación *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*, tuvieron como finalidad establecer y conocer los diversos estilos de afrontamiento que suelen ser usados más por las personas responsables del cuidado ante el diagnóstico de cáncer en los niños con cáncer. En dicho estudio se concluyó que el estilo de afrontamiento más predominante era el de tipo cognitivo activo, debido a que los padres dirigen sus acciones en la valoración y renovación de las demandas generadas por esta experiencia traumática (enfermedad) de sus hijos logrando, de esta manera, manejar la tensión provocada por la situación. Cabe aclarar que la mayor parte de padres usan estrategias que les permitan estar más informados y técnicas que ayuden a resolver los problemas.

Por otro lado, Salas, Gabaldón, Mayoral y Amayra (2002), en un estudio sobre *Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica*, se revisaron diferentes formas de evaluación y test psicológicos que se utilizan con frecuencia en el área clínica y para mediar el dolor como también instrumentos que miden la ansiedad que experimenta los niños oncológicos ante la aplicación de procedimientos médicos y de enfermería.

También se revisaron áreas como el dolor y su importancia en este proceso de la enfermedad de cáncer en niños y de qué forma repercute los procedimientos del tratamiento y el esfuerzo que vienen realizando diferentes instituciones para evaluar el dolor en el paciente pediátrico. En dicho estudio se incluyeron medidas conductuales y autoinformes, estos como parámetros para evaluar el dolor en niños.

Rubiños (2012) sostiene que existen factores que alteran el estado emocional de los padres de familia, quienes pueden mostrar manifestaciones psicósomáticas, además de sumarse niveles altos de ansiedad, acompañados de miedo y dolor por la enfermedad de su hijo o por su fallecimiento.

Así mismo, Véliz y Caballero (2000) mencionan que, algunas veces, el medio de incertidumbre “envuelve” a los padres de inseguridades sobre que lo que está sucediendo, de tal manera que pueden presentar emociones de ira y tristeza.

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:

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

En ese sentido Tizón (2004) nos dice que el proceso de duelo abarca todo un grupo de emociones, representaciones cognitivas y comportamientos vinculados con la pérdida. Esto es, se trata de un complejo conglomerado no solamente de emociones, sino también de reestructuraciones mentales, de conductas y de interacciones.

Así mismo, se puede comprender que el duelo es el grupo de manifestaciones psicológicas que se presentan después del fallecimiento, los cuales atraviesan por reacciones emocionales esperables (pérdida) sino también sociales (luto), antropológicos e incluso económicos. En este sentido el duelo se entiende como procesos psíquicos que inician con una serie de alteraciones de tipo afectivo y de áreas cognitivas a causa de la pérdida y que progresivamente termina con la aceptación de la pérdida y encamina a aceptar la actual realidad. (Tizón, 2004).

Tizón (2004) analiza el duelo bajo el modelo bio-psico-social; en la cual sostiene que cuando se presenta este evento se desestabiliza el “apego” que ha sido desarrollado desde edad muy temprana, genera frustración y desconcierto.

Con respecto a la ansiedad, González (2004) la conceptualiza como un:

(...) modelo complejo y variable de conductas, desarrolladas por el ser humano ante situaciones de amenaza o de peligro a la propia integridad física o a la autoestima, en el que quedan incluidas tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego (p. 37).

En relación con el contexto peruano, las investigaciones realizadas con padres de niños oncológicos son de naturaleza descriptiva y refieren conclusiones indirectas de relación entre las variables, representaciones, actitudes y estilos de afrontamiento de los padres, con causalidades de la enfermedad, progreso de esta e incluso con posibilidades de curación. Sin embargo, estas relaciones no han sido estudiadas de manera sistematizada (Ruda, 1998; Flores, 1999; Machi, 1998).

No obstante, en la presente investigación, se revisarán aquellas investigaciones que abordan las estrategias de afrontamiento y su relación con el género hasta aquellas en donde el paciente es el propio protagonista en el despliegue de dichas estrategias.

1.3 Planteamiento del Problema

1.3.1 Descripción de la situación problemática

Tal como se manifestó anteriormente, durante el proceso de aceptación, adaptación y tratamiento de la enfermedad, no solo los niños pueden desarrollar problemas emocionales u otros de tipo psicológico, sino también dicha situación afecta a los padres de familia.

Frente a esto, es menester prestar la debida atención ante tal problemática ya que, generalmente cuando los padres se enteran de que uno de sus hijos padece una enfermedad crónica, como el cáncer, esto les genera frustración con relación al futuro de su hijo, además que los enfrenta a una situación a la que no están preparados para afrontar dada su naturaleza.

En este caso, el padre y/o la madre tendrán que utilizar una serie de estrategias de afrontamiento para acompañar al niño durante el proceso de su enfermedad y, en algunos casos, hasta el desenlace. Esta situación puede verse agravada, si los padres, además, están atravesando por una serie de problemas de social, familiares o económicos lo cual complejiza este proceso.

Así mismo, en las salas de hospitalización estos padres presentan signos de altos niveles de ansiedad que muchas veces no los pueden controlar o manejar, asumiendo actitudes hostiles, de amenaza o temor frente al tratamiento que está recibiendo su hijo por parte del personal de salud.

En tal sentido, el presente estudio busca determinar los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento que estos padres asumen frente a esta situación estresante

lo cual es desencadenado tanto por el proceso de enfermedad, así como el tratamiento de su hijo con cáncer.

Esto permitirá generar un marco de referencia para el diseño de estrategias psicológicas que ayuden a los padres de los niños oncológicos a controlar y manejar los niveles de ansiedad. De igual manera, a promover y/o potenciar los estilos de afrontamiento frente al proceso de la enfermedad y tratamiento médico que reciben sus hijos.

Igualmente, los resultados que se encontrarán en este trabajo servirán para proponer el desarrollo e implementación de programas de intervención psicológica en las Unidades de Onco Hematología Pediátrica de los diferentes centros asistenciales de nuestro país, con la finalidad de facilitar el proceso de aceptación y adaptación de los padres de los niños oncológicos frente a la enfermedad, tratamiento y hospitalización. De manera tal, que esto contribuirá a la mejora en la calidad de atención y vida de los pacientes.

Por último, esta investigación pretende describir y determinar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, y los estilos de afrontamiento de un grupo de padres de niños oncológicos hospitalizados en la Unidad de Onco hematología de un hospital general de Lima.

1.3.2 Formulación de problema

¿Existe relación entre los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento en los padres de niños oncológicos hospitalizados?

1.4 Objetivos de la investigación

- **General:**
 - Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento en los padres de niños oncológicos hospitalizados.

- **Específicos:**

- Determinar la relación entre ansiedad rasgo y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos ante la hospitalización, enfermedad y procedimientos del tratamiento.
- Determinar la relación entre ansiedad estado y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos ante la hospitalización, enfermedad y procedimientos del tratamiento

1.5 Justificación de la investigación

Hoy en día se tienen cada vez más en cuenta las necesidades biopsicosociales no solo de los niños hospitalizados, sino también de los padres que los acompañan, esto con la finalidad de brindar una atención de salud integral, que tome en cuenta no solo las condiciones de la hospitalización sino también las diferentes reacciones emocionales que se genera en el niño y sus padres.

Por otro lado, el periodo de hospitalización, los procedimientos médicos, la quimioterapia y las intervenciones quirúrgicas, con frecuencia, generan diversas reacciones emocionales tanto a los niños como a los padres de familia, que algunas veces no permiten desarrollar adecuadamente el proceso de adaptación ante esta experiencia hospitalaria.

Así mismo, las reacciones emocionales que presentan los padres generalmente son: sentimientos de preocupación, temores, angustia, alteraciones en el sueño, y entre los principales están los altos niveles de ansiedad. En algunos casos adoptan actitudes negativas de crítica ante el personal de salud, asumiendo una actitud de desconfianza y hostilidad ante el personal del hospital (Espada & Grau, 2012).

De acuerdo con Espada y Grau (2012) en su investigación *Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer*.

El diagnóstico de un cáncer pediátrico supone un gran reto para las familias que tienen que enfrentarse a diferentes momentos de crisis: diagnóstico, tratamiento, regreso a la vida escolar, familiar y social, recidivas y metástasis, y muerte. Los padres pasan por diferentes etapas: de shock y negación; búsqueda de sentido, a través de una reestructuración cognitiva y del análisis lógico de los problemas; afrontamiento de la realidad, aceptando la situación, comprometiéndose con el cuidado del hijo, manteniendo la integridad de la familia, buscando apoyo y diciendo la verdad; y desarrollo de nuevas perspectivas, valorando lo positivo, planificando y teniendo esperanza”. Además, sostienen que: “Dos son las vivencias de los padres: a) un mundo que se desmorona (pérdida de sus puntos de referencia y del sentimiento de seguridad, cambios en la vida diaria, y dependencia de otros), y b) la lucha por sobrevivir (sentimientos de esperanza, centrarse en lo positivo, control para reducir el caos y no sentirse solos) (p. 26).

En tal sentido es importante y beneficioso conocer los niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento que utilizan los padres para saber cómo asumen y afrontan este proceso complejo del diagnóstico, enfermedad y tratamiento oncológico de su hijo.

Negre y Fortes (2005), en un estudio realizado sobre un *programa de educación sanitaria destinado a desarrollar estrategias para disminuir la ansiedad en los padres en el proceso de transición del hospital a casas*, se utilizó un programa de refuerzo psicológico para padres de niños oncológicos, con la finalidad de reducir el impacto de los múltiples factores estresantes durante una hospitalización.

Este estudio demostró la efectividad de la capacitación de los padres sobre la enfermedad y tratamiento, los padres que asistieron a dicha capacitación estaban más capacitados para soportar y manejar la enfermedad de sus hijos que los padres que no recibieron la capacitación.

Así mismo, Die (2003) sostiene que los niños y adolescentes que van a ser sometidos a un tratamiento quirúrgico por parte del personal médico tienden a disminuir sus niveles de ansiedad en la medida que las instrucciones e información sobre el procedimiento quirúrgico sea satisfactoria. En este sentido, este estudio tuvo como objetivos. Primero, preparar al paciente niño o adolescente, de acuerdo con la edad, con información sobre el procedimiento médico que le van a realizar y de las posibles reacciones físicas o psicológicas que va a experimentar (por ejemplo, al despertar de la anestesia), de las medicinas que debe tomar, la colocación de vías o catéter, etc. Segundo, propiciar o estimular la expresión de sus emociones del paciente, dándole oportunidad para formular preguntas y dudas, así como para expresar sus temores y expectativas. Por último, se busca lograr una relación empática entre el paciente y el personal de salud.

Por lo tanto, a través de este procedimiento se consigue disminuir considerablemente la angustia y la ansiedad experimentadas por el paciente y su familia, así como facilitar su el proceso de adaptación a la intervención quirúrgica.

Por ello y, ante lo expuesto, el presente trabajo permitirá conocer los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento que utilizan los padres ante la experiencia de tener un hijo con cáncer. Todo ello servirá para elaborar programas que ayudarán a reducir las dificultades y problemas psicológicos que se presentan en los padres durante el proceso de enfermedad y tratamiento de sus hijos. Por lo tanto, es justificable que se realice este estudio y análisis de la problemática en mención ya que, ayudará a ampliar el conocimiento y marco teórico de los aspectos psicológicos implicados en los padres de niños con cáncer para proporcionar un mejor manejo del cuidado de la salud del niño.

1.6 Viabilidad de la investigación

- Una de las ventajas para realizar la presente investigación es que el profesional psicólogo forma parte de la atención integral al niño oncológico hospitalizado;

por lo tanto, la investigación se torna más viable, ya que el profesional en cuestión podrá tener mejor acceso y oportunidad de evaluar y observar en forma frecuente el desarrollo de las actividades propias de la investigación.

- Buena disposición del Equipo multidisciplinario de salud de la Unidad de Oncohematología pediátrica en apoyar la atención psicológica de los niños hospitalizados y sus padres.

1.7 Limitaciones del estudio

- De acuerdo con informes estadísticos se sabe que el tiempo de hospitalización de los niños oncológicos es variable, porque este va a depender de diversos factores como, el estado de la enfermedad del niño, el motivo de hospitalización y los procedimientos médicos que le realicen durante la estancia hospitalaria. En este sentido, existen casos de niños donde el periodo de internamiento puede ser breve, de tal manera que no permita aplicar todo el proceso de recolección de información y evaluación a los padres.
- Los resultados de este trabajo solo pueden ser generalizables para el hospital al cual pertenecen los pacientes de la muestra.
- El análisis del estudio realizado no podrá facilitar un panorama general de cómo se encuentran otros padres de niños oncológicos. Para ello, se requerirán otras investigaciones con otra población y muestra que tengan similares objetivos que esta

CAPITULO II: HIPOTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la Hipótesis

- **General:**
 - Existe relación entre los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento en los padres de niños oncológicos hospitalizados.
- **Específicos**
 - Existe relación entre ansiedad rasgo y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos ante la hospitalización, enfermedad y procedimientos del tratamiento.
 - Existe relación entre ansiedad estado y estilos de afrontamiento en padres de niños oncológicos ante la hospitalización, enfermedad y procedimientos del tratamiento.

2.2 Variables de la Investigación

- **Ansiedad**
 - Escala de Ansiedad rasgo (A/R)
 - Escala de Ansiedad estado (A/E)
- **Afrontamiento**
 - Estilos de afrontamiento enfocados en el problema
 - Afrontamiento activo
 - Planificación
 - La supresión de otras actividades
 - La postergación del afrontamiento
 - La búsqueda de apoyo social

-Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción

La búsqueda de soporte emocional

Reinterpretación positiva y desarrollo personal

La aceptación

Acudir a la religión

Análisis de las emociones

-Otros estilos adicionales de afrontamiento son:

Negación

Conductas inadecuadas

Distracción

2.3 Definición operacional de las variables

Niveles de Ansiedad

Los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado son variables cuantitativas, representadas por las puntuaciones obtenidas a partir del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.

Estilos de Afrontamientos

El afrontamiento al estrés será una puntuación alcanzada a través de los puntajes obtenidos en el inventario de recursos de afrontamiento (COPE).

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva-correlacional ya que relacionan dos variables como Ansiedad y Estilos de afrontamiento. De igual manera, es de diseño no experimental cuantitativo, debido a que los estudios se realizaron sin la manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observaron los fenómenos en su contexto natural para después analizarlos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.2 Población y muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada por 215 padres de niños oncológicos hospitalizados en la Unidad de Oncohematología pediátrica de un hospital general de Lima durante el mes de enero a diciembre del 2014.

Muestra

La muestra es de tipo no probabilística intencional o deliberada, estuvo conformada por padres de niños oncológicos hospitalizados de la Unidad de Oncohematología pediátrica de un hospital general de Lima. La muestra asciende a un total de 50 padres.

Crterios de elegibilidad

De inclusión

- Edad: A partir de 18 años
- Sexo (varones y mujeres)
- Presencia diaria de la madre y/o padre en la Unidad de hospitalización.

De exclusión

- Padres que presenten alguna alteración mental o retardo.
- No participaran tutores o cuidadores de los niños oncológicos.

3.3 Técnica de Recolección de Datos

Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE):

La finalidad de este cuestionario dirigido a conocer de qué forma las personas responden cuando afrontan situaciones nuevas o difíciles o de gran estrés. Con este propósito, Carver, Scheier y Weintraub (1989) han elaborado un cuestionario que comprende 52 ítems, que consta de 13 modos de reaccionar ante el estrés; los ítems alternativos de cada modo vienen a indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia el sujeto, cuando se encuentra en tal situación.

El objetivo de este cuestionario es identificar cuáles son las estrategias que más utiliza la persona frente a una situación estresante. Las respuestas están organizadas en una escala de 13 formas de afrontamiento. Estas constan de 4 posibles respuestas o formas de afrontar la tensión de estrés. Los puntajes elevados en la escala señalan que tipo de estrategia de afrontamiento es más utilizada con frecuencia. El instrumento considerara tres tipos cada una con estrategias de afrente.

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema

- a) Afrontamiento activo: 1,14,27,40
- b) Planificación: 2,15,28,41
- c) La supresión de otras actividades: 3,16,29,42
- d) La postergación del afrontamiento. 4,17,30,43
- e) La búsqueda de apoyo social: 5,18,31,44

Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción

- a) La búsqueda de soporte emocional: 6,19,32,45
- b) Reinterpretación positiva y desarrollo personal: 7,20,33,46
- c) La aceptación: 8: 8,21,34,47
- d) Acudir a la religión: 9,22,35,48
- e) Análisis de las emociones: 10, 23, 36,49

Otros estilos adicionales de afrontamiento son:

- a) Negación. 11,24,37,50
- b) Conductas inadecuadas: 12,25,38,51
- c) Distracción: 13,26,39,52 (Carver, et al. ,1989)

Cabe destacar que Salazar y Sánchez (1993) efectuaron la validación ítem-test, empezando primero el método llamado criterio de jueces (como se citó en Casuso, 1996).

Una de las técnicas que se utilizó para determinar la consistencia interna de las escalas del instrumento fue el coeficiente de *Crombach*, fueron altos los valores obtenidos; con solo una excepción de relación moderada, correspondiente al ítem de renunciar al afronte a través del uso del alcohol o drogas (-0.01) los puntajes de "r" entre las escalas de la prueba no se correlacionan significativamente, lo que indican su independencia.

Se tuvo que realizar una validación con 30 estudiantes con dificultades en el aprendizaje debido a las características específicas de la muestra. La validez del instrumento se realizó a través del análisis ítem. Área empleando la prueba estadística "r" de *Pearson* lo que demuestra que los ítems son altamente significativos, lo que evidencia su validez de constructo. Una forma de verificar la confiabilidad del

instrumento se aplicó la prueba estadística Alfa de Crombach, encontrando que la prueba es homogénea.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE

El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), versión en español del STAI, está formado por escalas de autoevaluación que se miden dos dimensiones diferentes de la ansiedad: 1) Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2) Ansiedad-Estado (A-Estado). Cuando se realizó en sus inicios esta prueba para estudiar fenómenos de ansiedad en personas adultos normales, se ha demostrado que también es útil en la medición de la ansiedad en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

El área de la escala A-Rasgo del cuestionario de IDARE comprende de veinte afirmaciones en las que veinte aseveraciones en la que se instruye a los sujetos describir como se sienten generalmente. De igual forma la escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, sin embargo, las indicaciones o pautas requiere que los evaluados señalen como se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado de ella.

La escala A-Rasgo es utilizado como un instrumento útil para realizar investigaciones en la identificación de personas que varían en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles distintos de intensidad en Ansiedad Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión (P), tal como este concepto es definido por Hult (se refiere al concepto de drive (D) de Hull, 1943 & Spencer, 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo se utiliza para la evaluar los niveles de ansiedad en estudiantes de bachillerato y profesional, y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes solicitan atención psicológica o de consejería psicológica cuando pueden presentar problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado nos facilita indicadores evidentes del nivel de ansiedad transitoria que puede estar experimentando los pacientes que se encuentran en proceso de consejería psicológica, psicoterapias individuales o de pacientes con trastornos mentales que se encuentran hospitalizados. Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Una versión anterior del STAI ha sido descrita y evaluada por Levitt (1969) donde compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos que han sido desarrollados como medidas de la ansiedad.

Aplicación. - El IDARE fue diseñado para ser auto-aplicable así como de aplicación individual o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas, tanto la de A-Rasgo como la de A-Estado. El inventario no tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios generalmente requieren sólo de 6 a 8 minutos para contestar la escala A-Rasgo o la A-Estado y menos de 15 minutos para contestar ambas. Las personas con menor nivel educativo, trastornos emocionales, o ambos, pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar una de las escalas y aproximadamente 20 minutos para contestar las dos. Las aplicaciones repetidas de la escala A-Estado típicamente necesitan de 5 minutos o menos.

Aun cuando muchos de los reactivos del IDARE tienen validez de contenido como medidas de "ansiedad", el examinador no deberá utilizar este término al aplicar el Inventario. Por el contrario, deberá utilizar este término al aplicar el Inventario. Por el contrario, deberá consistentemente referirse al Inventario y a sus escalas como el

Inventario de autoevaluación. Este es precisamente el título que está impreso en el protocolo.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan en relación con el “estado”, él debe reportar cómo se siente en este momento específico, y que en las instrucciones que se le dan en relación con el “rasgo” se le pide que indique cómo se siente generalmente. La atención del examinador debe ser dirigida al hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario y se le deberá decir que ambas instrucciones tienen que leerse con todo cuidado, tanto en un lado como en el otro. Generalmente es útil hacer que el examinado lea las instrucciones en silencio mientras el examinador las lee en voz alta y además darle la oportunidad de hacer preguntas.

Si llegan a hacerse preguntas específicas en la situación de prueba, el examinador deberá responder en una forma que no influya la opinión del examinado. Respuestas como “Tan sólo responda a las preguntas de acuerdo con la forma como usted se siente generalmente” para la escala A-Rasgo. “Responda de acuerdo con A-Estado, son generalmente satisfactorias y suficientes. La mayor parte de los sujetos a quienes se les aplica la escala responden a todas las preguntas IDARE sin embargo se les debe decir a los evaluados que no deben omitir en responder ninguno de los reactivos, si llegara a hacer una pregunta al respecto. Cuando se trate de la utilización del IDARE para fines de investigación, el experimentador puede desear instruir explícitamente a los individuos para que respondan a todos y cada uno de los reactivos.

Calificación. - La dispersión de posibles puntuaciones para el “Inventario de autoevaluación” del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Estado como en la escala A-Rasgo. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Los cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1. No

en lo absoluto 2. Un poco. 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1. Casi nunca. 2. Algunas veces. 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Algunos de los reactivos del IDARE (por ejemplo: “estoy tenso”) se formularon de tal manera que una valoración indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos (por ejemplo: “me siento bien”) se formularon de tal manera que una valoración alta indica muy poca ansiedad. El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican que han sombreado. Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la calificación es inverso. Así pues, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1,2,3 o 4, en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4,3,2 y 1, respectivamente.

Para reducir la posible influencia de una respuesta indiscriminada a las respuestas del IDARE, sería conveniente balancear las escalas A-Estado y A-Rasgo, con un número igual de reactivos para lo cual las valoraciones altas indiquen ansiedad alta y baja. La escala A-Estado del IDARE está balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. Sin embargo, no fue posible desarrollar una escala A-Rasgo equilibrada a partir de los reactivos originales. La Escala A-Rasgo del IDARE tiene 7 reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A-Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19 y 20

Escala A-Rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 18

Existen plantillas de corrección para la calificación en forma manual de las dos escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE. Para colocar los puntajes de calificación por escala, solo se sobrepone la plantilla ante el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo. Esto se hace de

manera más conveniente con un contador manual simple, también se puede sumar mentalmente o utilizar una maquina calculadora mecánica o electrónica; es importante cerciorarse que se está utilizando la plantilla correcta para calificar los protocolos de las escalas A-Estado y A-Rasgo IDARE. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo.

3.4. Procedimiento

- La muestra fue de tipo no probabilística e intencionada compuesta por 50 madres y/o padres de niños hospitalizados en la unidad de Oncohematología pediátrica de un hospital general de Lima que cumplieron con los criterios de inclusión.
- La atención psicológica de los niños y padres era dos veces por semana (lunes y martes). A primera hora de la mañana (8:00 am), se solicitaba al módulo de admisión la lista de los niños que recién habían sido hospitalizados y los que se van de alta. En base a esa lista se determinaba que padres iban a ser evaluados.
- Una vez seleccionados, los padres y/o madres de los pacientes nuevos y aquellos Re ingresantes-que no habían sido anteriormente evaluados-se presentaban ante el psicólogo y para comunicarles la importancia del apoyo psicológico tanto para el paciente como para ellos. En esta fase se procedió a evaluar a los padres.
- Se les explicó detalladamente en qué consiste los test psicológicos a aplicar y se le pide firmar el consentimiento informado. Primero se aplica el test de afrontamiento, previa instrucciones al evaluado y luego pasa a desarrollar el test. Seguidamente se aplica el test de ansiedad de IDARE, otorgando las consignas del test para que continúe con el desarrollo de dicho test.

- Una vez aplicados los test psicológicos, se empiezan a recopilar todos los test para pasar a la calificación en forma individual. La aplicación de los test a los padres de familia fue en forma individual.

3.5 Técnica estadística para el Procesamiento de la información

Para la presente investigación, se sistematizaron y codificaron los datos y se realizaron análisis estadísticos inferenciales. Se utilizó una base de datos de 50 padres de niños oncológicos, la cual fue analizada mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov (K-S) para determinar la normalidad de las pruebas. El resultado determinó que utilizaríamos estadísticos no paramétricos. Se estimaron coeficientes de correlación (Spearman) entre las variables utilizando el software del paquete estadístico SPSS.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Distribución normal

Se analizaron primero las puntuaciones alcanzadas por los padres de niños oncológicos del Inventario de Recursos de Afrontamiento y el Inventario de ansiedad rasgo-estado con el estadístico Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Como se observa en la tabla 1 se indica que los datos no se distribuyen normalmente dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Razón por la cual podremos trabajar con estadísticos no paramétricos.

Tabla 1: Distribución de los puntajes de la variable Ansiedad Rasgo con Estilos de Afrontamiento

	Media	D.E	K-S	P
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	,083	.200*
Afrontamiento directo	73,979	21,015	,274	.000
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	,083	,000
Planificación de actividades	76, 530	21,292	,226	,000
Ansiedad rasgo	42, 24	8, 373	,083	,000
Supresión de actividades	66,33	19,466	,346	,000

Ansiedad rasgo	42,24	8,373	,083	,000
Retracción de afrontamiento	44,388	15,533	,315	,000
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Busca soporte social	87,755	23,453	,413	,000
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Busca soporte emocional	73,979	26,983	,220	,000
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Reinterpretación	95, 918	9, 336	,506	,000
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Aceptación	80,102	23,374	,333	,000
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000

Retorno a la religión	87,755	19,177	,371	,000
<hr/>				
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Análisis de emociones	55,102	31,032	,209	,000
<hr/>				
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Negación	38,265	29,800	,182	,000
<hr/>				
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Conducta inadecuada	36,224	31,483	,211	,000
<hr/>				
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	0,83	,000
Distracción	43,878	27,731	,179	,000

* $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla 2 se indica que los datos no se distribuyen normalmente dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Razón por la cual se podrá trabajar con estadísticos no paramétricos.

Tabla 2: Distribución de los puntajes de la variable Ansiedad Estado con Estilos de Afrontamiento

	Media	D.E	K-S	<i>p</i>
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,002
Afrontamiento directo	73, 98	21, 02	,274	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Planificación de actividades	76, 53	21, 29	,226	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Supresión de actividades	66, 33	19, 47	,346	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Retracción de afrentamiento	44, 39	15, 54	,315	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
	87, 76	23, 46	,413	,000

Busca soporte social				
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Busca soporte emocional	73, 98	26, 98	,220	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Reinterpretación	95, 92	9, 34	,506	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Aceptación	80, 10	23, 37	,333	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Retorno a la religió	21.71	19, 17	,371	,000
Ansiedad estado	45,22	10, 312	,164	,000
Análisis de emociones	87, 76	31, 03	,209	,000

Ansiedad estado	45,22	10,312	,164	,000
Negación	38,26	29,80	,182	,000
Ansiedad estado	45,22	10,312	,164	,000
Conducta inadecuada	36,22	31,48	,211	,000
Ansiedad estado	45,22	10,312	,164	,000
Distracción	43,88	27,73	,179	,000

* p < 0.05

Fuente: Elaboración propia

4.2 Correlación de variables

Se observa en la tabla 3, el análisis correlacional de los resultados obtenidos del Inventario de Recursos de Afrontamiento y el Inventario de ansiedad rasgo-estado es no significativo, en el área de Afrontamiento directo es mínimamente no significativo.

Tabla 3: Correlación de los puntajes de la Escala de Ansiedad Rasgo con Estilos de Afrontamiento

	Media	D.E	rho	P
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	-,273	,058

Afrontamiento directo	73,979	21,015		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	-,252	,081
Planificación de actividades	76, 530	21,292		
Ansiedad rasgo	42, 24	8, 373	,019	,895
Supresión de actividades	66,33	19,466		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	-,103	,482
Retracción de afrontamiento	44,388	15,533		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373	-,209	,150
Busca soporte social	87,755	23,453		

Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			,116	,428
Busca soporte emocional	73,979	26,983		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			-,178	,222
Reinterpretación	95,918	9,336		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			-,218	,133
Aceptación	80,102	23,374		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			-,044	,766
Retorno a la religión	87,755	19,177		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			,226	,119
Análisis de emociones	55,102	31,032		

Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			,138	,345
Negación	38,265	29,800		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			-,054	,710
Conducta inadecuada	36, 224	31,483		
Ansiedad rasgo	42,24	8,373		
			-,052	,724
Distracción	43, 878	27, 731		

* $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla 4, el análisis correlacional de los resultados obtenidos del Inventario de Recursos de Afrontamiento y el Inventario de ansiedad rasgo-estado es no significativo, a excepción del área de Análisis de emociones que presenta una correlación media y es significativa, en el área de Retorno a la religión y Negación es mínimamente no significativo.

Tabla 4: Correlación de los puntajes de la Escala de Ansiedad Estado con Estilos de Afrontamiento

	Media	D.E	Rho	<i>p</i>
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			-,077	,599
Afrontamiento directo	73, 98	21, 02		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,020	,892
Planificación de actividades	76, 53	21, 29		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,233	,107
Supresión de actividades	66, 33	19, 47		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,091	,536
Retracción de afrontamiento	44, 39	15, 54		

Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			-,017	,909
Busca soporte social	87, 76	23, 46		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			-,003	,985
Busca soporte emocional	73, 98	26, 98		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			-,020	,894
Reinterpretación	95, 92	9, 34		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,056	,704
Aceptación	80, 10	23, 37		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
Retorno a la religión	21.71	19, 17	,273	,057

Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,302	,035
Análisis de emociones	87, 76	31, 03		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,275	,056
Negación	38, 26	29, 80		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,171	,239
Conducta inadecuada	36, 22	31, 48		
Ansiedad estado	45,22	10, 312		
			,015	,916
Distracción	43, 88	27, 73		

* p < 0.05

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO V: DISCUSIÓN

La intención de llevar a cabo esta investigación surgió a partir de la inquietud por realizar intervención con los padres de familia con hijos oncológicos hospitalizados, considerando el impacto no solo emocional, sino en todas las áreas de vida por los cambios que implican en su dinámica familiar al tener que estar de tiempo completo en el hospital y, más aún, por la incertidumbre de no saber qué sucederá con la vida de sus hijos.

Por ello, el objetivo en esta investigación no solo fue determinar si existe relación entre los niveles de ansiedad y los estilos de afrontamiento en un grupo de padres de niños oncológicos hospitalizados, sino también precisar si existe relación entre los estados de ansiedad rasgo y ansiedad estado, y los estilos de afrontamiento de los padres de niños oncológicos hospitalizados.

Así mismo, las hipótesis propuestas en este estudio están basadas en los objetivos, es decir se investigó si existe una relación entre los niveles de ansiedad rasgo-ansiedad estado y los estilos de afrontamiento con una muestra de tipo probabilística intencional conformado por 50 padres de niños oncológicos, extraída de una población de alrededor de 215 padres de familia, en un lapso de un año, que fueron atendidos en un hospital general de Lima.

Al correlacionar las variables entre estilos de afrontamiento y ansiedad, se evidenció que hay alta significancia entre ansiedad-estado y el área de análisis de emociones de estilos de afrontamiento.

Esta área se define como los intentos activos de influir sobre el estrés emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados. En la regulación afectiva se incluyen la expresión emocional, el auto-reconfortarse o tranquilizarse a uno mismo, el control emocional, la relajación y la expresión emocional, mantener y aparentar normalidad, controlando el miedo y las manifestaciones de dolor.

Los padres generalmente se preocupan en tratar de aparentar normalidad ante sus hijos y que ellos no se den cuenta que están asustados y tienen miedo, esto para no afectar a sus hijos. Estas recomendaciones muchas veces lo reciben del equipo de salud encargado del cuidado de sus hijos, especialmente de las enfermeras, quienes se encuentran la mayor parte del tiempo con los niños ,sobre todo cuando recién ingresan a ser hospitalizados, ya que los niños manifiestan una serie de reacciones emocionales (llanto, miedo, angustia, problemas de conducta, tristeza, entre otros) a causa de su adaptación a un ambiente nuevo y extraño y que lo visualizan algunas veces como amenazante, este conjunto de reacciones emocionales influye sobre el estado emocional de los padres de familia y tratan de simular su emotividad para que los niños no se percaten de ello.

Estas orientaciones también lo reciben en algunos casos de los propios médicos al momento del diagnóstico, inclusive al momento de enfrentarse a las cirugías, quimioterapias, pruebas de diagnóstico como tomografías, resonancia magnética, exámenes de laboratorio, entre otros.

Por otra parte, en otras investigaciones los padres de niños oncológicos presentan otra forma de afrontamiento como es el caso de Carmina, et al. (2010), en su estudio observó una baja prevalencia de los estilos de afrontamiento de desvinculación entre los padres de niños oncológicos.

A su vez, en el mismo estudio se encontró que la mayoría de los padres manifiestan haber utilizado estrategias de afrontamiento de vinculación frente al problema; tales como: la reinterpretación positiva, la aceptación, la planificación, el afrontamiento activo del problema, entre otros.

Entre otra de las investigaciones, que se han revisado, como la De La Huerta, Corona y Méndez (2006) entre las conclusiones se identificó que el estilo de afrontamiento que predominaba más en la muestra era el de tipo cognitivo activo, debido

a que los padres dirigen más sus acciones en la valoración y renovación de las demandas generadas por esta experiencia traumática (cáncer) de sus hijos logrando manejar las tensiones provocadas por esta situación.

En el presente estudio, los padres de familia evidenciaron optar por esta área, debido a que centran sus acciones en el análisis y renovación de las demandas o amenazas provocadas por la enfermedad de sus hijos, para entenderlas y comprenderlas, logrando manejar la ansiedad provocada por la situación, principalmente dirigen la estrategia a analizar y sistematizar las diferentes opciones a solucionar o paliar la situación por la que atraviesan. Asimismo, cabe destacar que en el estudio que realizó Chacín y Chacín (2011) en *Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer* se observaron diferencias estadísticamente relevantes, entre los grupos que utilizaban la dimensión de retraimiento, la cual disminuyó en el grupo de padres de niños con cáncer que se encuentran fuera de la fase de tratamiento. De igual manera se evidenció en la dimensión de aceptación.

En otras áreas hemos obtenido resultados no significativos, como por ejemplo en la ansiedad rasgo con estilos de afrontamiento directo, planificación de actividades, supresión de actividades, etc., como también se ha obtenido resultados poco significativos en ansiedad estado con estilos de afrontamiento directo, planificación de actividades, supresión de actividades, entre otros, una explicación para esto es el rango de edad de los participantes, nuestra muestra abarca padres desde los 18 años hacia adelante, induciendo un componente del desarrollo emocional de la persona, ya que, un padre primerizo o en la etapa de la juventud no predispone una acción ante una situación al igual que un padre de 60 años con un hijo en edad adulta, la manera de enfrentarlo es distinto, algunos padres puede significar solo un acompañamiento constante durante la hospitalización de su hijo, para otros la idea de participación indica la oportunidad de

los padres para hacer parte de los cuidados de forma activa y clara y como colaboración (Oliveira, Lopes, García de Lima & Falleiros, 2014).

Otro factor que explican estos resultados es el tamaño de la muestra, ya que una de nuestras limitaciones es que el periodo de internamiento en algunos niños es breve, esto no permitió acceder a una mayor cantidad de padres que acepte el proceso de evaluación.

También, agregar el hecho que las dimensiones tanto de ansiedad como de afrontamiento son independientes, es por ello que no podemos tener una correlación total de las variables.

Otro de los objetivos consistió en realizar la evaluación correspondiente a los niveles de ansiedad en los padres, en quienes se encontró que todos presentan niveles elevados; de acuerdo con Rodríguez (2006) son “las conductas desarrolladas por el individuo ante situaciones de amenaza o peligro a la propia integridad física o la autoestima, ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre y la posibilidad de pérdida o fracaso” (p. 17), en el que quedan incluidas respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, así como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego.

Este hallazgo coincide con lo que refiere Rubiños (2012) quien menciona que los padres presentan altos niveles de ansiedad acompañados de manifestaciones psicósomáticas, con temor y dolor por la enfermedad de su hijo o fallecimiento.

En este sentido es importante mencionar que, en la entrevista que se llevó a cabo durante las sesiones con los padres de familia, en su mayoría mencionaron sentir en algún momento preocupación y dolor ante el dolor físico que sus hijos sintieran por los procedimientos médicos, desesperación y frustración por no poder hacer más que esperar, incertidumbre y miedo ante lo que sucedería con la vida de sus hijos y

preocupación por quienes tenían más hijos y no podían estar con ellos, por la situación económica, por no poder acudir a su trabajo.

CONCLUSIONES

Este estudio nos ha permitido conocer o identificar cuáles son los diferentes estilos de afrontamiento que utilizan los padres ante la experiencia de tener un hijo con cáncer hospitalizado y las situaciones difíciles mencionadas anteriormente. Es necesario señalar que la intervención con los niños oncológicos hospitalizados no solo es con ellos sino también es de vital importancia incluir a los padres de familia quienes acompañan todo este proceso de enfermedad; ya que se ha observado en este trabajo los diferentes niveles de ansiedad y estilos de afrontamiento que presentan los padres en la que se debe brindar el apoyo especializado en esta área de trabajo psicológico.

Finalmente, se llegó a la conclusión que este estudio es de gran importancia porque contribuirá en la elaboración de programas psicoeducativos dirigidos a los padres de niños oncológicos para ayudarlos a manejar o controlar sus niveles de ansiedad que muchas veces se elevan por las diferentes situaciones de gran tensión que atraviesan ante la enfermedad de sus hijos, como por ejemplo ante el impacto emocional sobre la noticia del reciente diagnóstico, cuando es hospitalizado por primera vez, ante el inicio del procedimiento de quimioterapia, una cirugía complicada, la aparición de complicaciones propias de la enfermedad, entre otros. sobre todo, cuando se presentan las crisis o gravedad de su estado de salud.

RECOMENDACIONES

En base a estos resultados obtenidos, se podrá direccionar los contenidos temáticos para confeccionar los diferentes módulos educativos de los programas psicoeducativos, así como las técnicas de entrenamiento en manejo o control de la ansiedad de los padres, como por ejemplo las técnicas de relajación, técnicas cognitivas conductuales que ayuden a disminuir, controlar o prevenir la ansiedad.

Así mismo de acuerdo con los resultados encontrados sobre los estilos de afrontamiento nos permitirá determinar que técnicas psicológicas ayudaran a reforzar o potenciar los estilos de afrontamiento de los padres.

Estos programas psicoeducativos que se realizarán en base a estos resultados contribuirán a facilitar el proceso de adaptación psicológica de los padres frente a la enfermedad, tratamiento y experiencia hospitalaria de sus hijos, el cual permitirá un adecuado acompañamiento por parte de los padres y sobre todo de una participación más activa y de colaboración con el Equipo de Salud que están a cargo del cuidado de la salud de los niños y niñas con cáncer.

REFERENCIAS

- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Carmina, T.; Sánchez, J.; Gros, L.I.; Capdevila, L.I. & Pérez-Campdepadrós, M. (2010). Afrontamiento y malestar emocional parental en relación a la calidad de vida del adolescente oncológico en remisión. *Psicooncología*, 7(2), 415-431. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010220415A/15063>
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2926629>
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Chacín-Fuenmayor M, Chacín J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 23(3):199-208. Recuperado de:
- Cía, A. H. (2002). La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Polemos.
- Cruzado, J.A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, s/n(1), 9-19. <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>
- De la Huerta, R., Corona, J., & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39, (s/n), 46-51.
- De la Huerta, R.; Corona, J. & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46-51. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061g.pdf>
- Díaz, J. (2012). Introducción a la psicooncología pediátrica. *Psiquiatría infantil*. s/n, 81-96. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.com/trabajos/onco.pdf>

- Die, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 1, (s/n), 39-48. Recuperado de <http://revistas.ucmPSIC/article/view/PSIC0303110039A>
- Espada, M. & Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39136
- Flores, P. (1999) Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños diagnosticados con leucemia o LNH (Tesis de Licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- González, P. (2004) *Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad*. 5° Congreso virtual de psiquiatría. Congreso llevado a cabo en España.
- Gutiérrez, J. (2006). *Ansiedad y salud*. México: Internacional Thomson
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, DF.: McGraw-Hill.
- Ibáñez, E. & Baquero, A. (2009). Beneficios del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4(4). Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/beneficio_apoyo_psicosocial_calidad_vida_ninos_ninas_enfermos_cancer.pdf
- Latorre, J. (2009). *Estrés: significado, impacto y recursos*. Madrid: Pirámide
- Levitt, E. (1969). *The psychology of anxiety*. New York: Bobbs-Merril
- Macchi, A. (1998). Actitudes maternas hacia el hijo enfermo de leucemia en madres de niños afectados por esta enfermedad (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Méndez, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gaceta mexicana de oncología*, 4(3), 60-64. Recuperado de: <http://biblat.unam.mx/es/revista/gaceta-mexicana-de-oncologia/intervenciemocional-y-conductual-para-el-nino-con-cancer-y-su-familia>

- Miaja, M. & Moral, J. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41951
- Negre, A. y Fortes, I. (2005) Programa de educación sanitaria: Estrategia para disminuir la ansiedad que provoca la transición del hospital a casa, en los padres de niños con cáncer. *Psicooncología*. 2, (s/n), 157-162.
- Oliveira, E., Lopes, P., Garcia, R. & Falleiros, D. (2014). Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22(3), 432-439. DOI: 10.1590/0104-1169.3308.2434
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Datos y cifras sobre el cáncer. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Pabón, R. (2014). El niño hospitalizado: su familia y el equipo de salud. *Revista UNIMAR*, s/n, 57-60. Recuperado de: www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/download/18/15
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M., Morillejoa, E. & Cid, N. (2014). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 47(s/n), 93-101. DOI: 10.1016/j.rlp.2014.07.002
- Rodríguez, I (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico (tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperada de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Rubiños, A. I. (2012). Sobre “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.
- Ruda, M. L. (1998). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J.I. & Amayra, I. (2002) Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *Anales de Pediatría*. 57(1), 34-44. Doi: 10.1016/S1695-4033(02)77890-9

- Spielberger, C.D. (1980). *Tension y ansiedad*. México, DF: Harper & Row Latinoamericana.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Torres, V. & Chávez, Á. (2013). La Ansiedad. *Revista de actualización clínica*. 35, (s/n), 1788-1792. Recuperado de: www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a09.pdf
- Valera, P. (2004). *Ansiosa-mente: Claves para reconocer y desafiar la ansiedad*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Véliz, R. & Caballero, C. (2000). Factores del ambiente psicológico en las unidades de terapia intensiva Pediátrica. *Revista Mexicana de Pediatría*, 67(1), 33-37. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2000/sp001h.pdf>

ANEXOS

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en estos momentos.

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.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	CASI
SIEMPRE				
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4

37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)