



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS Y TIEMPO DE ENFERMEDAD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018-2019**

**PRESENTADO POR  
RICHARD HECTOR CUSTODIO BENZUNCE**

**ASESORA  
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**LIMA- PERÚ  
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS Y TIEMPO DE ENFERMEDAD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2018-2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR  
RICHARD HECTOR CUSTODIO BENZUNCE**

**ASESOR  
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	03
1.3 Objetivos	03
1.3.1 General	03
1.3.2 Específicos	03
1.4 Justificación	04
1.4.1 Importancia	04
1.4.2 Viabilidad	04
1.5 Limitaciones	04
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	05
2.2 Bases teóricas	09
2.3 Definiciones de términos básicos	14
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su definición operacional	16
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Diseño metodológico	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Técnicas y recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	20
4.5 Aspectos éticos	20
<b>CRONOGRAMA</b>	21
<b>PRESUPUESTO</b>	22
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	23
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

El cáncer es un problema de salud pública de nivel mundial, que se evidencia a través de la incidencia y la mortalidad; según la ONU, es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede presentarse en cualquier zona del cuerpo y provocar metástasis a cualquier lugar distante del organismo (1).

Se conoce que, a nivel mundial, la cantidad total de enfermedades, que se refiere a los años de vida de discapacidad, tiene como primera instancia los trastornos neuro psiquiátricos en un 13%, y también, se sabe que la cantidad de enfermedades subdiagnosticadas para casos severos psiquiátricos en países en vías de desarrollo es de 76-85% y en países desarrollados es del 35 al 50% (2).

Hay varias causas de discapacidad y las enfermedades mentales son una de ellas, que trae como consecuencia empobrecimiento y detención de desarrollo. Es así que, en una investigación, hecha en los Estados Unidos de América, se obtuvo que existe relación entre la depresión con el menor nivel de ingresos económico y el nivel académico bajo en mujeres jóvenes que sufren algún grado de esta patología (3).

En 2015, en una encuesta de salud mental de Colombia, establecieron que el 4.4% de su población presenta un nivel moderado de angustia o depresión; del mismo modo, un 12% de su población reporta estar con niveles moderados de la misma patología mental, y llega alrededor del 13% en el global cuando se añadió a los deprimidos y angustiados severos (4).

Según la OMS, en el Perú ocurren 45 mil nuevos casos y 19 mil muertes originadas por esta enfermedad. Los archivos de cáncer en Lima Metropolitana mostraron que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres se han incrementado del 2006-2015 de 9624 a 12 299 (5).

Las patologías mentales más usuales son ansiedad y depresión; el Perú, a pesar de la existencia de muy pocos estudios al respecto, se ha encontrado que hasta el 37% de sus habitantes tiene la posibilidad de sufrirlas por lo menos en una

oportunidad durante su vida; estas cifras son similares a las obtenidas en otros países de la zona.

Se han identificado algunas causas en estas personas que realizan cuidados a pacientes enfermos y se han descritos tales como depresión, ansiedad, duelo patológico, alteraciones del ciclo de vida familiar, negación, estrés, sobrecarga, tipo de cuidados, patrones rígidos de funcionamiento, sobrecarga, síndrome del cuidador (6).

Dentro de estas causas, se puede recalcar la duración en el cuidado, los que pueden ser catalogados en horas, días, meses o años y también la influencia en la vida cotidiana familiar, del trabajo y vida social y en la frecuencia de indicadores de estrés en el cuidador.

En la actualidad, no existen muchas investigaciones sobre los niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes oncológicos y tiempo de enfermedad, por lo que es necesario establecer los niveles de ansiedad de estas personas, pues pueden cursar con un problema mental y necesitar la ayuda médica necesaria.

La investigación Niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes oncológicos y tiempo de enfermedad será realizada en el Hospital María Auxiliadora, creado el 3 de diciembre de 1973, actualmente acreditado como Hospital de nivel III-1, Hospital Docente de alta complejidad funciona como centro de referencia en el cono sur de Lima Metropolitana, que brinda atención a una población aproximada de 2 864 000 personas (Fuente: OEINF-HMA 2015).

Entre los servicios médicos existentes funciona el servicio de Oncología, en donde se atiende diversos tipos de dolencias correspondiente a esta área médica; se llega a tener una afluencia en consulta externa de 32 a 40 pacientes al día. Este tipo de enfermedad trae consigo problemas de origen mental como es la ansiedad, no solo en los pacientes, sino también en aquellas personas que están a su cuidado y para quienes no existe un plan adecuado para tratarlos, pues tampoco existen datos que establezcan el grado de ansiedad que les genera velar por el bienestar de su paciente oncológico y, por ende, una carencia para su manejo. En muchos casos,

se evidencia irritabilidad o mal genio, ira contenida, mialgias, falta de sueño, entre otros síntomas.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos y el tiempo de enfermedad, en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo 2018 – 2019?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 General**

Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y el tiempo de enfermedad en cuidadores primarios de pacientes oncológicos durante la consulta externa del servicio de Oncología, en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo 2018 – 2019.

### **1.3.1 Específicos**

Relacionar el nivel de ansiedad mínima de los cuidadores primarios oncológicos y el tiempo de enfermedad del paciente.

Establecer la relación del nivel de ansiedad leve de los cuidadores primarios oncológicos y el tiempo de enfermedad del paciente.

Correlacionar el nivel de ansiedad moderado de los cuidadores primarios oncológicos y el tiempo de enfermedad del paciente.

Relacionar el nivel de ansiedad severo de los cuidadores primarios oncológicos y el tiempo de enfermedad del paciente.

Determinar la relación del nivel de ansiedad severo de los cuidadores primarios oncológicos entre el sexo y edad.

Determinar la relación del nivel de ansiedad severo de los cuidadores primarios oncológicos entre los niveles socioeconómicos y parentesco familiar.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

La presente investigación es un estudio importante, pues el conocimiento de este trastorno servirá para dar énfasis en los cuidadores primarios y no verlos como simples acompañantes, sino darle también el soporte psicológico y psiquiátrico según sea el caso y afianzar su salud mental, lo cual es relevante y beneficioso para el cuidador y el propio paciente oncológico.

Existen pocos estudios sobre los niveles de ansiedad de la persona que asume voluntariamente el papel de responsable de un paciente; por tal motivo, se desea establecer cuánto y en qué nivel de ansiedad pueden estar cursando un cuidador primario, pues también pueden cursar con una enfermedad mental y necesitar un soporte médico adecuado.

En el Hospital María Auxiliadora, no se ha realizado un estudio similar acerca de los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos y el tiempo de enfermedad de los pacientes que acuden a consulta médica, por lo que se ha propuesto desarrollar este estudio.

### **1.4.2 Viabilidad**

El presente proyecto es viable, pues la institución donde se desarrollará la investigación autoriza la ejecución de este y se cuenta con el aval de los jefes de cada departamento y servicio para poder ejecutarlo sin mayores inconvenientes.

Este trabajo es factible, ya que se cuenta con los recursos económicos y humanos que garanticen su desarrollo sin mayores problemas; para completar este proceso, de investigación se revisarán historias clínicas y se realizará de manera retrospectiva dentro de los periodos mencionados. El tema escogido cuenta con una amplia información complementaria como internet, revistas y libros que ayudaran así a obtener mayor información para realizarlo.

### **1.4.3 Limitaciones**

El poco recurso humano para la realización del presente proyecto es una limitante para el avance adecuado de este; además se requiere un tiempo prolongado en la



búsqueda y revisión de los datos necesarios para el llenado de las fichas de recolección.

La sección de archivos del hospital tiene un horario al que hay que respetar por lo que también se constituiría una limitante para el proyecto lo que ocasionaría una demora en la recolección de la información.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

Quiñoa C, en 2017, elaboró un análisis en España, para lo cual siguió los siete pasos propuestos por Colaizzi, y el programa Atlas-Ti, y se evaluó usando metodología cualitativa en un diseño fenomenológico hermenéutico interpretativo, en el que los resultados revelan un sustancial impacto emocional en los cuidadores principales de pacientes oncológicos, debido a las dudas y a la falta de información del diagnóstico. Se concluyó que hay muchas y grandes necesidades en los cuidadores y profesionales de la salud de las que se tienen que reconocer para poder brindar un soporte apropiado (7).

En 2017, Salinas K et al. determinaron la relación y la diferencia por sexo y fase de la enfermedad del menor en los niveles de estrés, sobrecarga y ansiedad en cuidadoras primarias de niños con leucemia, en México. Utilizaron: Escala de Estrés Percibido, Escala de Zarit e Inventario de Ansiedad de Beck. Se seleccionaron a 50 mujeres cuidadoras. Los resultados: Correlaciones positivas y significativas entre ansiedad-sobrecarga y estrés-ansiedad. Se concluyó que los cuidadores de los niños poseen más ansiedad y que los cuidadores de niños, en la fase activa, muestran mayor peso emocional (8).

Aranda F, en 2017, realizó un estudio clínico, transversal, descriptivo, en 240 cuidadores; se aplicó la prueba de Goldberg para depresión, ansiedad y comorbilidad. Los resultados fueron que el 87.5% tuvo sintomatología depresiva y ansiosa; 13.5%, ansiedad; 17%, depresión; 57%, comorbilidad y 12.5% no presentó ningún problema, por lo que concluye que es mayor la frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes pediátricos que en la población general (9).

En 2017, Almeida O, Amaya L, Gallardo J, Sanabria K y Galvis M elaboraron un estudio descriptivo con enfoque mixto y diseño no experimental a 40 cuidadores primarios, cuyo objetivo consistió en evaluar las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador de paciente oncológico pediátrico. Los resultados: el 42.5% de los participantes fluctuaron en niveles de ansiedad media alta y el 42.5% para

ansiedad rasgo alta y, además, los resultados muestran depresión tipo estado en el 40% de los individuos (10).

Ramos C, en 2016, realizó un trabajo descriptivo simple en 41 cuidadores primarios de pacientes de cáncer terminal, para establecer la calidad de vida de los familiares como cuidadores de pacientes con mencionada enfermedad. Aplicó una herramienta sociodemográfica y otra de calidad. En el resultado del bienestar psicológico, halló que el 80.5% tiene una regular calidad de vida. Se concluyó que en global el 82.9% de familiares cuidadores tiene regular calidad de vida (11).

En 2016, Villano S desarrolló un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, con una muestra de 115 participantes, para establecer la relación entre la calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes ambulatorios con secuela de accidente cerebro vascular en el INCN, y se administró el test Calidad de vida (SF-36) y el de Zarit. El resultado fue una alta calidad de vida (62%), pero a nivel global llega solo al 38%; finalmente, se concluyó que no existe una relación entre la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida de este (12).

Paz F, en 2015, realizó una investigación transversal, descriptiva, en la que se efectuó un muestreo de 145 participantes que asistieron por consulta externa acompañando a pacientes con problemas neurológicos y a quienes se les realizó el test de estrés, ansiedad y depresión, en cuyos resultados se halló que el 97% de ellos son trabajadores contratados de manera informal; la mayoría mujeres con edad media de  $47.7 \pm 15.1$  años que corresponde al 82%; el 60%, a ama de casa y 78%, a un familiar cercano. Se llegó a la conclusión que la ansiedad y depresión dependen de la carga y el impacto de la enfermedad, así como de la habilidad del cuidador además de los factores socioeconómicos, físicos y mentales que vive (13).

En 2015, Tripodoro V, Veloso V y Llanos V desarrollaron un estudio prospectivo, en el que se evaluó el nivel de sobrecarga del cuidador principal de pacientes asistidos en cuidados paliativos; para ello se utilizó la Escala de Zarit. Se evaluaron a 54 cuidadores, de las cuales 70% eran mujeres y 52%, convivientes con un intervalo de edades de 17 a 84 años; el 15%, jubilados; 22%, amas de casa; 52%, hijo y el 30%, cónyuge; en cuanto a la sobrecarga del cuidador, el 43% es intensa; en el 24%, leve y ausente, en el 33%. Se concluyó que el estudio pretendió visibilizar

esta población con necesidades no atendidas y aportar a la revisión crítica del cuidado (14).

Gaugler J, Eppinger A, King J, Sandberg T, Regine W, en 2013, realizaron una investigación de diseño correlacional y correlacional en 148 cuidadores de pacientes con cáncer, en la cual se halló que múltiples modelos de regresión encontraron que las estrategias negativas de afrontamiento de expectativas (como la ansiedad) y las percepciones de los cuidadores de no afrontar bien el problema de salud están asociados significativamente con la angustia emocional y resultados psicológicos negativos. Se concluyó que redireccionando las estrategias, se mejoraría la intervención clínica para obtener beneficios más fuertes y duraderos (15).

En 2008, Alfaro O et al. desarrollaron un estudio con una muestra de 65 cuidadores de pacientes con dolor crónico y 35, en oncológicos terminales, para lo cual se utilizó un diseño no experimental cualitativo, en el que confirman que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en su salud y que, en los resultados de su evaluación, los cuidadores de pacientes terminales tenían mayores síntomas depresivos y eran los de mayor impacto en su estado de ánimo. Se concluyó que estos presentaban mayor sintomatología depresiva y mayor percepción de impacto en su estado de ánimo (16).

Arenas M et al., en 2009, mencionaron que la ansiedad como trastorno es una enfermedad psiquiátrica altamente frecuente e incapacitante. La vulnerabilidad de las mujeres es mayor que la de los hombres, en alrededor de 2 a 3 veces más. Así, el 17.5% en mujeres en contraposición del 9.5% en hombres tenían algún problema ansioso durante su tiempo de vida; mientras que el 8.7% en mujeres en contraposición del 3.8% de hombres habían tenido por lo menos un problema ansioso en el periodo de un año (17).

En 2008, Amézquita M et al. realizaron un estudio cuantitativo y transversal con un diseño descriptivo de 625 estudiantes universitarios, en el que aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck y una encuesta semiestructurada y se estableció una asociación entre estos dos conjuntos de variables. Se encontró una prevalencia del 49.8% para depresión; 58.1%, para ansiedad, además de

asociaciones en depresión y ansiedad significativas relacionadas con programa de desarrollo familiar, sexo femenino, pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud (18).

Dueñas A et al., en 2006, desarrollaron un trabajo piloto de casos y controles en 102 familias y según la herramienta de Golberg para ansiedad y depresión. El 75.3% tenía un nivel socioeconómico bajo, en el que el 81.3% evidenciaba depresión y el 85% cursaba con problemas ansiosos. Del mismo modo, el 26% de ellos presentaban disfunción familiar severa y, así mismo, el 47% de los cuidadores primarios tenía síndrome del cuidador relacionado a síntomas ansiosos (96%) y depresivos (100%) (19).

En 2005, Cano A realizaron una revisión de literatura sobre cáncer y factores psicológicos en cuidadores primarios; se estableció que el 36.4% de ellos llegaron o sobrepasaron la calificación clínica del test de ansiedad de la HADS (8 puntos), en contraposición del 15.7% de los pacientes con cáncer. De la misma manera, el 9.2% de ellos llegaron o sobrepasaron la calificación clínica del test de depresión (8 puntos) del mismo inventario, en contraposición del 14.6% de los pacientes con cáncer. Se llegó a la conclusión que los cuidadores primarios presentan niveles más altos de ansiedad que el de los pacientes, pero en cuanto a la depresión es similar o igual en ambos grupos o menor en los cuidadores (20).

Rodríguez V et al., en 2002, hicieron una investigación de tipo descriptivo en un grupo de 534 pacientes oncológicos y 371 cuidadores primarios del ámbito familiar. Se obtuvo como resultado que un 15.7% de los pacientes salieron positivos en la prueba de ansiedad, contenida como el test de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS); se catalogó como línea de corte a los puntajes mayores o iguales a 11, con lo que el 14.6% de los pacientes evaluados llegaron a alcanzarlo con el test de depresión. Por otro lado, el 36.4% de los cuidadores primarios alcanzaron altos valores en el test de ansiedad y el 9.2% de ellos lo hicieron en el test de depresión (21).

## **2.2 Bases teóricas**

El cáncer es una de las primordiales fuentes de morbilidad y mortalidad del mundo. En 2012, se reconocieron 14 millones de nuevos casos y se calcula un aumento en

la incidencia de ella en 70% en los siguientes 20 años. En 2015, ha sido la segunda causa de fallecimientos en todo el mundo, lo que ha originado 8.8 millones de muertes (22).

En los países de América Latina, el papel del cuidador de personas enfermas es asumido por los familiares, quienes por tener un vínculo afectivo con estos se convierten en sus cuidadores primarios. Ello constituye en una base fundamental como proveedor de las necesidades de los pacientes, aunque aún se desconocen las repercusiones de las enfermedades en los cuidadores.

Con la noticia de un problema de salud grave, larga o crónica, no solamente el paciente comienza a presentar cambios sustanciales en su día a día, sino que todas las actividades familiares se ven dañadas por las repercusiones físicas y psicológicas de la enfermedad. el choque en la célula familiar puede alcanzar a generar resultado desagradables y catastróficos

Así mismo, por lo ya mencionado, en el interior del seno familiar, aquellos que se responsabilizan del rol como cuidadores de pacientes oncológicos se comprometen en realizar de una gran variedad de labores que logran situarlos en un escenario de alta fragilidad, estrés, ansiedad y depresión. Este escenario, al mismo tiempo, incurre en que desarrolla un aumento en la posibilidad de que los cuidadores padezcan numerosos problemas físicos y psiquiátricos. Varios de estos tienen la impresión de sentirse física y emocionalmente atrapados, hasta con emociones contradictorias de culpabilidad que pueden llegar a la resignación o a sentirse tan inútiles como para poder cumplir con las exigencias del paciente.

### **Ansiedad**

Es un estado de ánimo negativo, caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro (23).

En efecto, en casi todo este tiempo, la ansiedad se ha catalogado como un hecho único o de una sola dimensión. Si bien, el significado de este no ha presentado nuevos conceptos a través de las décadas y, contemporáneamente, esta es comprendida como una actividad emocional, que tiende a ser admitida en un

contexto de modelo de respuesta múltiple, en las cuales se comunican tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor (24).

La ansiedad es catalogada como una emoción que aparece en condiciones normales en cualquier persona, a manera de advertencia frente algún peligro o fatalidad. Es posible que esta emoción se encuentre alterada y estar exacerbada y se presenta en aquellos momentos donde hay tranquilidad y en los que no hay motivos para sentirnos preocupados o alertas y, por consiguiente, se transforma en algo patológico, lo que se denomina como trastorno. Ello se manifiesta con síntomas de miedo, inseguridad, preocupación excesiva, evitación, hiperactividad, palpitaciones, hiperventilación (25).

La ansiedad es, por tanto, el estado emocional insatisfactorio que se presenta con cambios somáticos y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa o como síndrome o síntoma que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (26).

La palabra ansiedad apunta a la mezcla de una variedad de expresiones físicas y psíquicas que no se pueden imputar a verdaderas amenazas o peligros; por el contrario, es aquella que se revela a manera de crisis o en todo caso como un periodo perseverante y poco claro, lo que logra a transformarse en un estado de pánico, aunque existe la posibilidad de aparecer otros rasgos de origen neurótico que no supeditan la clínica (27).

### **Definición de cuidador**

Se define como cuidador a aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (28).

### **Cuidador primario**

Al mencionar el término cuidador, es habitual que se ocasione pensar en el estrés de los familiares que tienen a su cargo un paciente enfermo y a que este esté abocado a cuidarlo o dedicarle la totalidad de su tiempo, pero, a pesar de esto, en la investigación de artículos al respecto y las herramientas sobre cuidadores en

pacientes con problemas de salud crónicas como cáncer o alzhéimer, entre otras, ha dejado entrever que hay una variedad de palabras que se manejan como sinónimos, con el que se describe al sujeto en cuestión (29).

La acepción de cuidador aún es imprecisa, pero, a pesar de esto, es frecuente encontrar sugerencias de precaución al respecto, de cuidado en la acepción, en que el juicio y la emoción trasgreden la conciencia del individuo que se está estudiando, mientras que, por otro lado, se lo vincula a palabras como ayuda, socorro y amparo, en donde hay una invitación a tener en perspectiva que se necesita considerar tener otro individuo que se cree que está en desamparo y vulnerabilidad (30).

El Diccionario de la Real Academia Española señala que cuidador(a) es aquella que tiene bajo su responsabilidad cuidar a una persona; se le considera un ser bastante considerada, servil, metódica, reflexiva y metida en sí. Por otra parte, el cuidador principal es aquella persona dedicada por completo o la mayor parte del día al cuidado del paciente, lo que puede ser medido en número de horas al día. Un cuidador es quien se responsabiliza, por su libre albedrio o por encargo, de observar y atender a otra ser como por ejemplo un anciano, o una persona enferma (31).

### **Síndrome del cuidador**

Es un estado en el que se manifiestan dificultades que conlleva a un cuidador a variar tajantemente su estilo de vida concomitantemente con el deterioro que origina ver como en alguien amado se va disipando poco a poco sus capacidades físicas y mentales; de acuerdo a la evolución de la enfermedad, es solamente un observador de las acciones del enfermo, a quien trata de darle las atenciones más básicas (32).

Actualmente, existe un aproximado de 20 millones de seres humanos que tienen algún tipo de cáncer. Ello puede considerarse en estricto sentido como un problema de salud pública que ha aumentado de manera acelerada en las últimas décadas, en morbilidad, en la mayoría de los países del mundo.



El cardinal cargo del cuidador es satisfacer cada día todas las carencias del paciente, incluidas las psicológicas. También, está encargado de tenerlo conectado a la sociedad y proporcionarle afecto, ya que tiene que ser fraterno con quien sufre. Su labor toma un lugar bastante importante para los familiares que viven con el paciente, según avanza la enfermedad.

### **Características físicas**

Convertirse en un ser dependiente de otra por periodos largos, conlleva a provocar problemas de salud físicos y mentales en el cuidador, debido a la sobrecarga y ocasionado por el trabajo diario con el enfermo; aparecen alteraciones importantes en su vida normal y cotidiana. Esto se manifiesta en problemas interpersonales y también en el índole sentimental, lo cual se traduce en desesperanzas durante el periodo de cuidado del enfermo, sentimiento de resentimiento hacia el paciente con problema de salud que atiende, pensamientos de suicidio o abandono; es habitual el dolor de cabeza o espalda, aislamiento, sensación de cansancio; todo esto se puede traducir como una situación desgastante y estresante que puede llevar al agotamiento del cuidador mellando su estado de ánimo (33).

### **Evaluación del desgaste**

Durante el diagnóstico situacional y médico del paciente, es frecuente pasar por alto los efectos de este proceso en los familiares, pero, a pesar de esto, no es posible no atender y apreciar las respuestas adaptativas de ellos, frente a la enfermedad como un factor que afecta positivamente en el desarrollo del problema de salud del paciente. Por tal motivo, es que el análisis de las necesidades particulares del enfermo y del resto del núcleo familiar se transforman en una tarea básica; sobre todo, es importante avocarnos en esfuerzos denodados en la pieza más necesitada como es el cuidador primario, ya que posee la capacidad de descubrir sintomatología que otros no pueden y también es capaz de observar adecuadamente el estado general del enfermo.

### **Instrumentos de medición**

Establecer de manera inmediata que el cuidador se halla en mayor riesgo y vulnerabilidad facilitaría atender de forma rápida la ayuda preventiva adecuada para

que estos reciban lo necesario y establecimiento de medidas de alivio convenientes.

Para lo anteriormente mencionado, son necesarios herramientas para evalúen el estado físico y emocional de ellos en los que se encuentran: La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD): Es una escala utilizada que, como *screening* de trastornos psiquiátricos y como instrumento diagnóstico, fue desarrollada para identificar y cuantificar ansiedad y depresión. También, está el Test de Zarit, que mide la sobrecarga del cuidador a través de un test de 22 preguntas, entre otras herramientas.

### **Niveles de ansiedad**

Ansiedad mínima, indicada para acontecimientos de la vida cotidiana. Al individuo lo notamos en fase de alerta de reposo y su área de percepción normal.

Ansiedad leve, indicada para a presiones de la vida cotidiana. El individuo se halla en fase de alerta y su área de percepción se incrementa. Esta índole de ansiedad tiene la propiedad de favorecer el aprendizaje y la creatividad.

Ansiedad moderada: En esta etapa, el individuo es capaz de concentrarse únicamente en las preocupaciones inmediatas. Todo esto induce en un declive de la zona de percepción. El individuo paraliza algunas de sus áreas, pero puede redirigirse, si se concentra en ello.

Ansiedad grave o severo: Hay un declive importantísimo de la zona perceptiva. El individuo es capaz de enfocarse en peculiaridades definidas, y no puede encausarse en otra cosa. Su conducta se enfoca en apaciguar la ansiedad.

Angustia: Temor, miedo, terror. El individuo no está apto para efectuar actividad alguna, incluso si fuera conducido por alguien. La angustia admite una desestructuración de la personalidad, y puede llegar a tener consecuencias nefastas, y si esta angustia se perpetua llegaría a presentarse agotamiento y muerte. Se exterioriza por el incremento de los movimientos corporales,

decremento de la aptitud para relacionarse, percepción distorsionada y pérdida del pensamiento racional (34).

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Cuidador primario:** En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta (35).

**Cuidador familiar primario:** Suele ser el miembro de una familia que asume el compromiso total de hacerse cargo del cuidado de una persona enferma dentro del seno familiar. Se distingue por no contar con estudios concretos relacionados al cuidado de personas con problemas de salud, además de no percibir sueldo alguno por el trabajo que hace, tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, pero presenta una importante condición para el afecto y el compromiso. Es frecuente que el cuidador familiar tenga una disposición ilimitada de horas para esta actividad y llegue a estar presente en el cuidado del enfermo 24 horas del día los 365 días del año y tener una media de cuidados de más de cinco años, si lo requieren.

**Ansiedad:** Es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma o situaciones ambiguas o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas (36).

**Tiempo de enfermedad:** Se precisa como historia natural de la enfermedad al desarrollo de una entidad nociva para un organismo vivo en donde hay ausencia de intervención terapéutica; esto desde que se inicia los signos y síntomas clínicos hasta el momento de la curación, secuela o muerte. Presenta una etapa prepatogénico y uno patogénica que a su vez presenta una subetapa subclínica y otra clínica donde usualmente se realiza el diagnóstico de la enfermedad, por lo que, para efectos de investigación, se tomará como tiempo de enfermedad desde el momento en que se realiza el diagnóstico (37).

**Parentesco familiar:** Unión que enlaza a uno o varios individuos de ambos sexos que se heredan de un mismo tronco. Vínculo entre personas por consanguinidad o afinidad (38).

**Nivel socioeconómico:** Ingreso económico y posición en la sociedad.

**Negación o falta de conciencia del problema:** Cuando un miembro de una familia se entera de que presenta un problema de salud crónica conjuntamente con todos los demás integrantes; de esta, aparece un primer momento que consiste en afrontar la enfermedad aparece una respuesta psicológica denominada negación que es una forma de autoprotección y que ayuda al cuidador familiar dominar sus miedos y ansiedades. Existe otra forma de negar el problema cuando se evita el tema del detrimento o discapacidad del problema de salud en la familia. Todo esto es, normalmente, temporal. Al pasar el tiempo y de acuerdo a los problemas del familiar enfermo asociados a su autonomía, se hacen indudables se empieza a creer que no se trata de una enfermedad temporal.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

Existe relación significativa entre los niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes oncológicos y tiempo de enfermedad, en el Hospital María Auxiliadora, durante el periodo 2018 – 2019

### 3.2 Variables y su definición operacional

#### Variables

Variable independiente: Niveles de ansiedad.

Variables dependientes: Cuidadores primarios de pacientes oncológicos.

Variables intervinientes: Edad, sexo, nivel socioeconómico, y parentesco familiar.

#### Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad	Cualitativa	Resultados de la evaluación	Razón	Mínima Leve Moderada Severa	Ficha de evaluación de ansiedad
Tiempo de enfermedad		Cuantitativo	En meses	Ordinal	Grupo A: <3 meses Grupo B: De 3 meses a 6 meses, Grupo C: De 6 meses a un año, Grupo D: De un año a más	Encuesta
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Cualitativa	masculino o femenino	Nominal	18 a 25 años 26 a 35 años	Encuesta

					36 a 45 años, 46 a 55 años, 56 a más años	
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Años cumplidos	Ordinal	18 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años, 46 a 55 años, 56 a más años	Encuesta
Nivel socioeconómico	Ingreso económico y posición en la sociedad	Cuantitativa	Ingreso familiar en soles, número de familiares que viven en el hogar	Ordinal	Bajo: Menos de 500 soles Medio: De 500 a 2000 soles Alto: Más de 2000 soles	Ficha de Evaluación socioeconómica
Parentesco familiar	vínculo entre personas por consanguinidad o afinidad. Es una condición natural entre individuos.	Cuantitativo		Ordinal	Primer grado: Padres, hijos, hermanos Segundo grado: Primo hermano, Tíos. Tercer grado: Sobrinos, Primos en tercer grado Sin parentesco: Vecinos, Personal contratado	Encuesta

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño metodológico

La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

El diseño que se utilizara es de causa – efecto, con el propósito de investigar las relaciones entre las variables que están interviniendo en el problema planteado.

### 4.2 Diseño muestral

#### Población universo

Son todos los cuidadores primarios de pacientes que acuden a consultorios externos del Hospital María Auxiliadora.

#### Población de estudio

Cuidadores primarios de pacientes que acuden al servicio de Oncología a través de la consulta externa.

#### Tamaño de la muestra

Se estimará con la fórmula del tamaño de muestra para estimar la media poblacional

$$n_{\infty} = (Z^2_{\alpha/2})(Se^2) / E^2$$

$Z^2_{\alpha/2}$  = Coeficiente de confianza = 1,96 para un nivel de confianza del 95%

$Se^2$  = Varianza esperada, representa el grado de variabilidad de los elementos de la población de estudio.

E = Error absoluto de muestreo o precisión con la que se desea estimar la media poblacional

Si se conoce N; continuar con

$$n = n_{\infty} / (1 + n_{\infty}/N)$$

n = Tamaño de muestra final (si se conoce N)

$n_{\infty}$  = Tamaño de muestra para población infinita

N = Tamaño de la población

## **Criterios de selección**

### **De inclusión**

Personas que tengan edades comprendidas entre los 18 años hasta los 75 años de edad.

Pacientes que acompañen a pacientes oncológicos que acudan por consulta externa del Servicio de Oncología.

### **De exclusión**

Pacientes que padezcan de problemas psiquiátricos diagnosticados y medicados.

Personas que padezcan de problemas de discapacidad física.

Cuidadores familiares que sean profesionales sanitarios y sujetos que tengan dificultades para comprender y hablar el castellano.

## **4.3 Técnicas de recolección de datos**

Como instrumento de recolección de datos, se hará utilizando una ficha de recolección de datos, el cual servirá para establecer el nivel de ansiedad de una persona o paciente. A este test se basará en la escala de ansiedad de Beck.

La ficha de recolección de datos se realizará mediante la revisión de historia clínica de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión del presente proyecto, para lo cual se pedirá las autorizaciones correspondientes a las autoridades pertinentes e ingresar y acceder a los archivos de la institución.

Revisa los resultados de la autoevaluación de la ficha y se asigna 0 punto a cada respuesta para nada; 1 punto a cada respuesta ligeramente; 2 puntos a cada: moderadamente y 4 puntos a cada respuesta: severamente.

Suma todos los puntos para obtener el resultado total del test. Se tomará una escala de puntos que va de 0 a 63.

Evalúa el resultado total para determinar el nivel de ansiedad. De 0 a 7 puntos indica un nivel mínimo de ansiedad; de 8 a 15, nivel de ansiedad leve; de 16 a 25



puntos indica un nivel moderado y de 26 a 63 puntos indica ansiedad severa. Las personas que presentan un nivel moderado de ansiedad por lo general presentan efectos colaterales físicos y pueden requerir ayuda profesional para evaluar su estado y reducir la ansiedad.

Los pacientes con ansiedad severa requieren, con frecuencia, asistencia profesional inmediata para reducir el estrés, evaluar su condición y encontrar soluciones rápidas para reducir su nivel de ansiedad y volver a un estado saludable.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Una vez llenadas las fichas de recolección de datos, se procederá a acumular la información en un computador, donde se seleccionará los datos que cumplan con los criterios de selección, además de tamizar aquellas fichas inconclusas y aquellas que por algún motivo se hayan repetido, es decir se haya llenado dos fichas de la misma persona.

El procesamiento y análisis final de datos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 24.0.

En el análisis de datos se utilizará tablas de contingencia tomando un valor de significancia estadística  $p < 0,05$  la comparación entre los datos cuantitativos se llevará a cabo a través del test de chi cuadrado; la correlación entre los datos cuantitativos se estudiará con el coeficiente de correlación de Spearman. Y se comparará los datos cuantitativos por medio del test de T student.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Se realizará el proceso de evaluación por el Comité de Ética de la institución.

Se mantendrá total confidencialidad de los datos obtenidos y se resguardará la confidencialidad al no tener en cuenta los nombres, documento de identidad ni número de historia clínica de los pacientes atendidos en el proceso de Recolección de datos.

## CRONOGRAMA

Pasos	2021-2022											
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X	X									
Recolección de datos				X	X							
Procesamiento y análisis de datos						X						
Elaboración del informe							X	X				
Correcciones del trabajo de investigación									X			
Aprobación del trabajo de investigación										X	X	
Publicación del artículo científico												X

## PRESUPUESTO

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado</b>
Material de escritorio	100 soles
Soporte especializado	500 soles
Transcripción	50 soles
Impresiones	150 soles
Refrigerio y movilidad	100 soles
<b>Total</b>	<b>S/. 900 soles</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Stewart B, Wild C, International agency for research on cáncer. Worl Health organization Informe mundial sobre el cáncer, el cáncer aumentará a 22 millones de casos anuales en veinte años. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
[http:// www.who.int/cancer/publications/WRC\\_2014/en/](http://www.who.int/cancer/publications/WRC_2014/en/)
2. Castro P, Segura R. y col. Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del “Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Acta Médica Peruana. 2013;30 (2):63-69. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96629460003>
3. Rondón M. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud publica 2006; 23(4): 237-238. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es)
4. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para salud de Colombia – MINSALUD Colombia 2015. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
[https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field\\_document\\_file/saludmental\\_final\\_tomoi\\_color.pdf](https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf)
5. MINSA. (2016). Instituto nacional de enfermedades neoplásicas. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datosepidemiologicos.html>
6. Alfaro-Ramírez del Castillo, O, y col. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista

Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008;46(5):485-494. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745523005>

7. Quiñoa C. Tesis: Experiencia de los cuidadores principales de pacientes con mieloma múltiple sobre las necesidades surgidas durante el proceso de enfermedad: estudio cualitativo. España. 2017. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: [www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/441756/TESIS%20C.%20QUIÑO OA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/441756/TESIS%20C.%20QUIÑO%20OA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Salinas K, et al. Estrés, sobrecarga y ansiedad en cuidadoras primarias de niños que padecen leucemia. México: European Scientific Journal August; 2017. 13(24) Diario Científico Europeo 13(24) DOI: 10.19044/esj.2017.v13n24p79. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: [www.researchgate.net/publication/319598135\\_Estres\\_Sobrecarga\\_Y\\_Ansiedad\\_En\\_Cuidadoras\\_Primarias\\_De\\_Ninos\\_Que\\_Padecen\\_Leucemia\\_En\\_Hid algo](http://www.researchgate.net/publication/319598135_Estres_Sobrecarga_Y_Ansiedad_En_Cuidadoras_Primarias_De_Ninos_Que_Padecen_Leucemia_En_Hidalgo)
9. Aranda F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Noviembre 2017. Anales de la Facultad de Medicina 78(3):277 DOI: 10.15381/anales.v78i3.13758. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000300004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004)
10. Almeida O, Amaya L. Gallardo J, Sanabria K, Galvis M. Evaluación de las reacciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017. Boletín Redipe, ISSN-e 2256-1536, Vol. 7, Nº. 6, 2018, págs. 84-103 [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6523265>

11. Ramos T, Rosalia C, Calidad de vida de los familiares cuidadores de pacientes con cáncer terminal, usuarios del programa de atención domiciliaria de salud Huánuco. 2016. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. URI: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/206>
  
12. Villano S. Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas 2016. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/75414>.

---

13. Paz F. Departamento de Neuropsicología Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía México, DF. Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. México 2015. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Predictores-de-Ansiedad-y-Depresi%C3%B3n-en-Cuidadores-Primarios-de-Pacientes-Neurol%C3%B3gicos.pdf>

---

14. Tripodoro V, Veloso V y Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. 2015. Revista de crítica social -IIGG-FSOC-UBA ISSN 1666-8979. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>
  
15. Gaugler JE, Eppinger A, King J, Sandberg T, Regine WF. La afrontamiento y sus efectos en el cuidado del cáncer. Apoyar el cáncer de cuidado. 2013 Feb;21(2):385-95. doi: 10.1007/s00520-012-1525-5. Epub 2012 Jun 21. PMID: 22717917. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22717917/>

16. Alfaro O, Morales T. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 46, núm. 5, 2008, pp. 485-494 [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=457745523005>
17. Arenas M y Puigcerver, A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escritos de Psicología vol.3 no.1 Málaga dic. 2009, vol.3, n.1, pp.20-29. ISSN 1989-3809 Scielo Scientific electronic library [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>
18. Amézquita Medina, ME, González Pérez, RE, et al, Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. Revista Colombiana de Psiquiatría 2003, XXXII [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632404> > ISSN 0034-7450
19. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viafara A, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Rev. Colomb Med 2006;37: 31-38. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2s1/v37n2s1a05.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2s1/v37n2s1a05.pdf)
20. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240, vol 2, Nº. 1, 2005, pags. 71-80. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: [www.researchgate.net/publication/39251452\\_control\\_emocional\\_estilo\\_represivo\\_de\\_afrontamiento\\_y\\_cancer\\_ansiedad\\_y\\_cancer](http://www.researchgate.net/publication/39251452_control_emocional_estilo_represivo_de_afrontamiento_y_cancer_ansiedad_y_cancer)

21. Rodríguez V, et al, Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Departamento de Psiquiatría, Hospital La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid Eur. J. Psychiat. Vol. 16, N.º 1, (27-38) 2002. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>
22. OMS, (2017). Cáncer. Nota descriptiva. . [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
23. Barlow, D. & Durand, V. (2005). Psicopatología. International Thomson Editores, Madrid.
24. Viedma M. Mecanismos fisiológicos de la ansiedad patológica: Implicaciones clínicas [tesis doctoral], España: Facultad de Psicología, Universidad de Granada; 2008, . [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
<https://hera.ugr.es/tesisugr/17626791.pdf>
25. Parrado FA, Ansiedad- aspectos conceptuales y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes – Universidad Autónoma de Barcelona. Rev. Paidopsiquiatria - Colegio oficial de psicólogos de Cataluña - BIENI 07 – 08. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en: :  
[http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos\\_Ansiedad\\_0.pdf](http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos_Ansiedad_0.pdf)
26. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, México, secretaria de salud 2010. . [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392\\_IMS\\_S\\_10\\_Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMS_S_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)
27. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I, Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar Revista Malestar E Subjetividades, Universidade de Fortaleza



Fortaleza Brasil 2003;3, (1):10 – 59. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>

28. Carreño M. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería maestría en enfermería. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería. Bogotá; 2012. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:

<http://core.ac.uk/download/pdf/11057719.pdf>

29. Rivas J, Ostiguín R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • 2011 Vol 8. Año. 8 No.1 [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>

30. Idem. 29

31. Ruiz A, y Nava M. Cuidadores: Responsabilidades-obligaciones Revista Enfermería Neurológica México 2012; 11(3): 163-169. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

32. Servicio de prevención de riesgos laborales. Diputación provisional de Málaga. Publisalud: Boletín No. 84. Enero 2005. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:

[www.malaga.es/subidas/archivos/1/3/arc\\_139607.pdf](http://www.malaga.es/subidas/archivos/1/3/arc_139607.pdf)

33. Achury D, et all. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Bogotá (Colombia). 2011; 13(1):27-46. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].

34. Revista de Salud Navarra. Tipos trastornos ansiedad. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019 Disponible en:  
[http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/)
  
35. Alvarado A, González M. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma. Secretaría de Salud, México. 2006. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019 Disponible en:  
<http://es.calameo.com/books/0009477206a88991357e3>
  
36. Rodríguez Vega, Ortiz Villalobos, et al, Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Departamento de Psiquiatría, Hospital La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid Eur. J. Psychiat. Vol. 16, N.º 1, (27-38) 2002. [Internet] 2019. extraído en octubre del 2019 Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>
  
37. Diccionario escolar ilustrado Unimundo. Perú. Unimundo S.A.C.(Ed). 2017

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

TÍTULO	PREGUNTA	OBJETIVOS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes oncológicos y tiempo de enfermedad Hospital María Auxiliadora 2018 – 2019.	¿Cuáles son los niveles de ansiedad relacionado con el tiempo de enfermedad en los cuidadores primarios de pacientes oncológicos que acuden por consulta externa en el Hospital María Auxiliadora 2018 - 2019?	<p><b>General</b></p> <p>Establecer los niveles de ansiedad asociado al tiempo de enfermedad en cuidadores primarios de pacientes oncológicos durante la consulta externa del servicio de oncología.</p>	Sera un Estudio Observacional Descriptivo, transversal y retrospectiva	<p><b>Población Universo</b> Cuidadores primarios que acuden a consultorios externos del Hospital María Auxiliadora.</p> <p><b>Población Muestra</b> Cuidadores primarios que acuden al servicio de oncología a través de la consulta externa.</p>	Se realizará mediante una ficha de recolección de datos mediante la cual se obtiene una puntuación para los niveles de ansiedad.
		<p><b>Específicos</b></p> <p>a. Determinar la relación del nivel de ansiedad mínima de los cuidadores primarios oncológicos entre el tiempo de enfermedad</p> <p>b. Determinar la relación del nivel de ansiedad leve de los cuidadores primarios oncológicos entre el tiempo de enfermedad.</p> <p>c. Determinar la relación del nivel de ansiedad moderado de los cuidadores primarios oncológicos entre el tiempo de enfermedad</p> <p>d. Determinar la relación del nivel de ansiedad severo de los cuidadores primarios oncológicos entre el tiempo de enfermedad</p>		Procesamiento de datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS, versión 24.0.	

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

Ficha N.º:

Número de historia clínica:

Iniciales del paciente:

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:

Edad de paciente:

Sexo del paciente:

Parentesco del cuidador del paciente:

Nivel socioeconómico del cuidador:

Edad del cuidador:

Sexo del cuidador:

Tiempo que está al cuidado del paciente:

1. Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido torpe:

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

2. Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido acalorado:

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

3. Se ha encontrado que el cuidador ha sentido temblor en las piernas:

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

4. Se ha encontrado que el cuidador no a podido relajarse

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

5. Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con miedo a que su paciente pueda morir o empeorar su estado de salud

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

6. Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido Mareado.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

7. Se ha encontrado que el cuidador ha sentido latidos cardiacos fuertes y acelerados.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

8. Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido Inestable emocionalmente.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

**9.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido atemorizado o asustado.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

**10.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido nervioso.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

**11.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con sensación de bloqueo.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

Todo el tiempo:

**12.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con temblores en las manos.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**13.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido Inquieto, inseguro.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**14.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con miedo a perder el control.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**15.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con sensación de ahogo.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**16.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con temor a morir.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**17.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con miedo.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**18.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con problemas digestivos.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**19.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con desvanecimientos.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**20.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con rubor facial.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

**21.** Se ha encontrado que el cuidador se ha sentido con sudores, fríos o calientes.

Nunca:

A veces:

Frecuentemente:

todo el tiempo:

Puntuación

De 0 a 7 puntos indica un nivel mínimo de ansiedad; de 8 a 15, nivel de ansiedad leve; de 16 a 25 puntos indica un nivel moderado y de 26 a 63 puntos indica ansiedad severa.