

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS Y SU RELACIÓN
CON EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO
DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE - TACNA 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Lisseth Regina Condori Siles

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS Y SU RELACIÓN
CON EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE -
TACNA 2014

TESIS

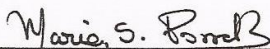
Presentado por:

BACH. LISSETH REGINA CONDORI SILES

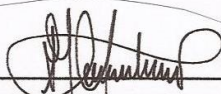
Para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA


Aprobado por Unanimidad ante el siguiente jurado:



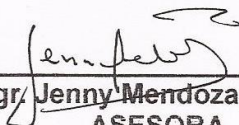
Mgr. María Soledad Porras Roque
PRESIDENTA



Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
JURADO



Mgr. Ingrid Marrique Tejada
JURADO



Mgr. Jenny Mendoza Rosado
ASESORA

DEDICATORIA

*Dedicado a Dios mi padre celestial, a toda mi familia, amigos y amigas por
su amor y apoyo incondicional.*

Lisseth Regina.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios por sobre todas las cosas...

- *A la Lic. Jenny Mendoza Rosado, por su asesoría, tutoría y apoyo en la elaboración de esta investigación.*
- *A los docentes que colaboraron gustosamente con la realización de esta investigación.*

A los pacientes que participaron en el presente trabajo de investigación, por su colaboración y apoyo.

Lisseth Regina.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

Pág.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Fundamentos y formulación del problema.....03

1.2 Objetivos.....10

1.3 Justificación.....11

1.4 Formulación de la Hipótesis.....12

1.5 Operacionalización de variables.....13

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....15

2.2 Bases teóricas.....25

2.3 Definición conceptual de términos.....47

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Material y Métodos.....51

3.2 Población y muestra.....51

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
3.4 Procedimientos de recolección de datos.....	58
3.5 Procesamiento de datos.....	59
CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discusión.....	70
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES.....	78
REFERENCIAS.....	79
ANEXOS.....	89

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado “Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el servicio de pediatría del Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2014”, tuvo como objetivo establecer la relación entre las dos variables. El estudio se basó en la Teoría de la Ansiedad Rasgo Estado de Spilberger, es una investigación no experimental, de tipo descriptivo correlacional, la población de estudio está constituida por 25 niños hospitalizados cuyas edades oscilan entre los 7 y 11 años, a quienes se aplicó el instrumento de STAIC para medir el nivel de ansiedad. Los resultados indicaron que el nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años es alta en el primer momento (40%) y es medio (88%) en el segundo momento en relación al tiempo de hospitalización, el tiempo de hospitalización fue menor de una semana con un (76%). Se concluye finalmente que no existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización en niños de 7 a 11 años hospitalizados en el servicio de Pediatría del H.A.H.U.T , según Correlación de Spearman $r_s P= 0,072 < 0,5$, por lo que se valida la hipótesis nula.

Palabras clave: Ansiedad, niños, hospitalización, pediatría, STAIC

ABSTRACT

This research study entitled "Level of anxiety in children of 7-11 years and their relationship with time of hospitalization in the pediatric ward of Hipólito Hospital Unanue - Tacna 2014" aimed to establish the relationship between the two variables. The study was based on the Theory of Trait Anxiety State Spilberger, is a non-experimental research, correlational descriptive, the study population consists of 25 hospitalized children aged between 7 and 11 years, who were applied STAIC instrument to measure the level of anxiety. The results indicated that the level of anxiety in children 7 to 11 years is high at first (40%) and medium (88%) in the second time in relation to hospitalization time, hospitalization time was less than a week with a (76%). It concludes that there is no significant relationship between the level of anxiety and time of hospitalization in children aged 7-11 years hospitalized at the service of Pediatrics hahut as Spearman correlation $r_s P = 0.072 < 0.5$, so the null hypothesis is validated.

Keywords: Anxiety, children, hospital, pediatrics, STAIC

INTRODUCCION

La ansiedad puede ser vivida intensamente por los niños, más cuando estos son sometidos a situación de tensión. Un niño ansioso experimenta una sensación general de aprehensión afectiva de la que se desconoce el origen preciso. Si un niño tiene una enfermedad esta puede provocar ansiedad.

La hospitalización en si es un evento que causa ansiedad y más aún en los niños, ya que perciben tanto al hospital como al proceso de hospitalización, como un medio hostil y desconocido, llevándolos a afrontar este acontecimiento de manera positiva o negativa.

El niño hospitalizado se encuentra con una serie de estímulos (negativos) que le provocan ansiedad; ya que el niño tiene que evaluar y afrontar las situaciones o condiciones cambiantes a su alrededor; y así lograr un equilibrio del medio y situación en la que se encuentra.

La hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo del niño, pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia en cuanto a la capacidad de

adaptación a cambios físicos y psicológicos importantes y lograr que desarrolle su resiliencia , entendiéndola como favorecedora de la evolución de una persona y salir fortalecido. (1)

El presente trabajo de investigación consta de cuatro capítulos, el capítulo I, presenta el planteamiento del estudio dado por los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y la operacionalización de las variables. El capítulo II, contiene el marco teórico, los antecedentes de la investigación, bases teóricas, y definición conceptual de términos. El capítulo III, describe la metodología de la investigación, donde se presenta el tipo de investigación, población y muestra tomada, técnica, instrumentos, procedimientos y procesamiento de datos. El capítulo IV, está conformado por los resultados presentados en cuadros, con su respectivo análisis y por la discusión de los resultados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La infancia intermedia, comprendida entre 6 a los 11 años, es una etapa importante en la vida del niño, porque en ella se adquiere autonomía; aparece el pensamiento lógico, mediante el cual el niño alcanza a distinguir la realidad de la fantasía, así mismo se inicia el pensamiento deductivo-inductivo. (2)

Diversos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de los niños. Se manifiestan de diversas formas incluyendo fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, crisis de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y estrés post-traumático, y la comorbilidad con depresión y otras patologías, que pueden alcanzar niveles hasta del 60%. Se menciona que es el trastorno más común en trastornos psiquiátricos, ocurriendo en un 5-18% de todos los niños y adolescentes. (3)

Medina Mora y Cols encontraron en la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica, los trastornos mentales más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad. Una muestra de atención pediátrica primaria de 7 a 11 años de una población de 300 niños, reveló prevalencia a 1 año de trastornos de ansiedad de 15,4% basada en combinaciones diagnósticas de entrevistas psiquiátricas estructuradas para padres y niños. Fobia simple, trastorno de ansiedad por separación, y trastorno de ansiedad generalizada, fueron los más prevalentes, con índices de 9,2%, 4,1%. y 4,6%, respectivamente.(4)

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. En algún momento de sus vidas, se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18 y los 54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas. (5)

De acuerdo a las últimas estadísticas de la OMS, se prevé que cerca del 25% de la población mundial en algún momento de sus vidas experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.(6)

La Tasa de Prevalencia de los diferentes Trastornos de Ansiedad alcanzan tasas alarmantes en sociedades del Primer Mundo. Según los datos proporcionados por la Universidad de Virginia, unos 40 millones (18,1%) de estadounidenses adultos entre 18 y 54 años padecen cada año algún tipo de trastorno de la ansiedad. Pero no hace falta irse más lejos. En España, la tasa de población adulta afectada por algún tipo de trastorno de la ansiedad alcanza el 20% (casi 2 de cada 10 españoles), siendo las mujeres españolas las más afectadas (hasta casi el doble según el último Consenso Español sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada). (7)

En el Congreso Nacional de Ansiedad y Trastornos Comórbidos celebrado en 2006, se llegó a la conclusión que el número de casos de ansiedad en nuestro país había aumentado en los últimos años en paralelo a los casos de depresión, enfermedad que ya afecta entre un 10 y 15% de la población. Y es que ansiedad y depresión van de la mano: entre un 50 y un 90% de los enfermos con depresión presentan síntomas de ansiedad. (8)

A nivel nacional la ansiedad y la depresión son los males centrales en el país, indicó el Ministerio de Salud. Sólo en el primer semestre del 2012 se atendieron más de 267 mil casos. Cuatro de cada diez peruanos presentarían problemas de salud mental como ansiedad, depresión, adicción, entre otros a lo largo de su vida, advirtió el Ministerio de Salud (MINSA). Los casos de trastorno ansioso diagnosticado suman 97 604, mientras que los trastornos afectivos suman 74 238, de estos últimos, 70 137 correspondieron a depresión. Según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del MINSA, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y depresión, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, La Libertad y Callao. (9)

Uno de cada cuatro niños o adolescentes ha tenido la experiencia de haber estado hospitalizado; presentando alteraciones emocionales relacionadas con este evento. En las reacciones emocionales intervienen variados factores asociados a esta alteración: personales, familiares, del equipo de salud y de la institución que brinda al momento de la hospitalización. De la dinámica que se da en estos ámbitos pueden surgir dificultades que alteran el funcionamiento psíquico y conductual del paciente menor, trastornos en la dinámica

familiar y en el funcionamiento del equipo médico y de la institución de salud. (2)

La enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño y su familia. Estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento. La enfermedad tiene un impacto sobre el individuo; afecta el funcionamiento psicológico, la imagen, los recursos emocionales, las capacidades mentales y el estado de ánimo. La hospitalización y el diagnóstico repercute en la familia en la distribución de recursos, los roles, los patrones de internación y la imagen colectiva; estos aspectos exigen todo un proceso adaptativo. A medida que la familia lo realiza, se produce un impacto en el individuo enfermo, en los miembros de la familia y en el grupo familiar total. Es necesario recordar que la hospitalización se acompaña de un signo de muerte, cuya intensidad depende de distintas variables como las características de la enfermedad, la connotación social que ésta tenga, la etapa del desarrollo del niño y su familia, la relación con el médico, etc.(2)

En el estudio de García R. realizado a niños y adolescentes hospitalizados concuerda con Eth y Pynoos quienes refieren que un niño hospitalizado puede presentar un trauma psíquico en consecuencia del internamiento, que provoca un trastorno adaptativo. Donde la capacidad de afrontamiento en los niños se encuentra minimizada o ausente, volviéndolo vulnerable a los estímulos ansiógenos (malestar físico, curaciones dolorosas, contacto con personas extrañas). (2)

Se estima que al año unos 150 mil niños son hospitalizados en el país, de acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). Estos están repartidos en 527 hospitales (del MINSA y EsSalud) que funcionan en todo el territorio. En Lima se congrega la mayor población de esta cifra de internados. 156 616 peruanos (menores de 15 años) fueron hospitalizados en el 2009, según el INEI.

(11)

En el Perú cerca del 69,2% de niños hospitalizados presentan síntomas ansiosos de probables trastornos en la salud mental y el mayor porcentaje lo obtuvieron los indicadores de trastorno de ansiedad, encontrándose gran temor en el niño ante estas

situaciones, éstos son de carácter reversible, siempre que el apoyo tanto familiar como del equipo de salud sea el adecuado. (10)

La hospitalización es un estresor, cuyas repercusiones negativas más frecuentes son alteraciones emocionales y comportamientos disruptivos a corto, medio e incluso largo plazo, siendo capaz de generar respuestas de estrés, ansiedad y depresión; esto se debe a responsabilidad del personal de salud, el ambiente físico que rodea al menor y las visitas de sus padres. (10)

De esta manera se ha observado durante las prácticas clínicas en el Servicio de Pediatría del H.A.H.U.T. síntomas de ansiedad en los niños hospitalizados, así como en los padres, (más aún cuando el niño es menor de 5 años) que expresan de diversas formas su rechazo a la hospitalización evidenciando síntomas de irritabilidad, alteración del sueño, alteraciones interpersonales, desencadenando posible ansiedad

Es por ello que motivado por el contexto anteriormente descrito es que se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2014?

1.2 OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar el nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue – Tacna 2014.

ESPECÍFICOS:

- Determinar el nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años según momento de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue Tacna.
- Identificar el tiempo de hospitalización de los niños de 7 a 11 años del servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue – Tacna.

- Establecer el nivel de ansiedad(alto, medio, bajo) en relación al tiempo de hospitalización(mayor/menor de una semana)

1.3 JUSTIFICACIÓN

La ansiedad es un trastorno de la Salud Mental, que afecta el equilibrio emocional, por lo que se escoge el tema denominado Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2014, la presente investigación es un tema que tiene que ver con la salud integral. La etapa de la niñez es un proceso de crecimiento y desarrollo; que puede verse afectado por el proceso de hospitalización, agregando un problema para muchos niños, lo que repercute en su desarrollo psicológico, social y en la misma recuperación de su enfermedad ya que súbitamente es apartado de su entorno familiar, social y escolar.

Uno de los objetivos de las enfermeras es la atención biopsicosocial de la persona, es decir, verla como un ente completo donde la dimensión biológica, psicológica y social no puede atenderse por separado si no amerita poner énfasis en la integralidad.

Este estudio nos servirá para poder establecer el cuidado de enfermería de acuerdo al nivel de ansiedad encontrado, en relación a

la permanencia hospitalaria del niño, también permitirá a la enfermera intervenir en la ansiedad del niño de acuerdo a las etapas en las que se identifica el mayor nivel de ansiedad, para que de esa manera se logre una mejor experiencia de hospitalización y su estadía en el servicio sea más corta.

El beneficio de la oportuna intervención ayuda a que el niño que es hospitalizado, deba tener especial atención en lo que se refiere a su salud mental, dado que la edad y estado de su desarrollo cognitivo, ya tiene una percepción diferente de la situación y evidencia externamente la ansiedad, motivo por el que requiere de los cuidados oportunos de Enfermería.

Finalmente el presente estudio servirá de marco referencial de conocimiento para estudiantes y la sociedad en futuros trabajos de investigación sobre el tema.

1.4 FORMULACION DE LA HIPOTESIS

En el siguiente estudio de investigación nos planteamos la siguiente hipótesis:

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2014.

H₀: No existe relación entre el nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2014.

1.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable independiente:

Tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue – Tacna.

Variable dependiente:

Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue – Tacna.	Cantidad de días en el que una persona enferma o herida se encuentra en el hospital para su diagnóstico, tratamiento y recuperación por parte del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 1 semana • Mayor de 1 semana 	<ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 7 días. • Mayor de 7 días. 	ORDINAL
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años.	Es la medida de una cantidad en relación a la ansiedad, la cual nos permite descubrir la diferencia o igualdad que puede existir entre sus niveles. La ansiedad refiere un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, la cual está dividida en ansiedad rasgo y estado.	Ansiedad rasgo: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 29 pts. • Entre 29 y 41 pts. • Mayor de 41 pts. 	ORDINAL
		Ansiedad estado: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 24 pts. • Entre 24 y 38 pts. • Mayor de 38 pts. 	ORDINAL

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Aguilera P, Whetsell M. En un estudio realizado en México el año 2003 titulado "Ansiedad en niños de 7 a 11 años durante y después de la hospitalización", se investigó la relación del nivel de ansiedad y el evento de hospitalización en una población mexicana de niños de 7 a 11 años de edad. El estudio se basó en el Modelo de Adaptación de Roy. El diseño fue descriptivo y correlacional, el muestreo fue probabilístico, sistemático con inicio aleatorio. El instrumento utilizado fue el cuestionario "¿Cómo me siento?" (C-1 del State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC) de Spielberger. Se concluyó que: Se encontraron diferentes estados de ansiedad en los niños durante y después de la hospitalización. El mayor nivel de ansiedad se presentó durante la hospitalización. No se encontró correlación entre la edad de los niños y el nivel de ansiedad durante la hospitalización. Se encontró correlación negativa entre la edad y los niveles de ansiedad, es decir, a mayor edad del niño menor ansiedad en la medición a los

10 días después del egreso hospitalario. Los niños de mayor edad reducen más rápidamente los niveles de ansiedad, después de salir de hospitalización, que los niños de menor edad. (12).

García R, Barra F, Mendoza J. En su estudio realizado en Chile el año 2005 titulado “Hospitalización de niños y adolescentes”. Destaca el estrés en función de la duración de la estancia hospitalaria, la presencia de estrés en padres de pacientes pediátricos y el estrés por la interacción con el ambiente hospitalario. Además de la separación del contexto social y familiar habitual, los niños en infancia temprana, se estresan significativamente más que los adolescentes. (13).

Fernández A, López I. En el estudio realizado en España el 2006, titulado “Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización”, se han examinado diversos aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización en una muestra de 85 niños y sus correspondientes 85 padres, durante estancias breves en dos centros hospitalarios. Ésta investigación ha intentado constatar la importancia mediadora de diversas variables de índole personal y familiar: la edad infantil, la valoración paterna de los miedos infantiles, la presencia de experiencias de hospitalización y la

valoración cualitativa de éstas. Se han hallado evidencias de una menor presencia de estrés en los niños de más edad, así como de la transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización. En el estudio no se han encontrado diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de experiencias previas, ni en función de la valoración cualitativa de las mismas. El estudio de miedos específicos ha señalado el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte como los más generadores de estrés. La afectación y la percepción mutua de alteraciones emocionales podrían generar una mayor presencia de miedo y estrés en padres e hijos. (14).

Gaitan D. En su estudio realizado en Ecuador el año 2006, titulado “Ansiedad, depresión y conducta regresiva en niños y adolescentes de 6 a 14 años en respuesta a la internación hospitalaria en el Servicio de Pediatría del Hospital Enrique Garcés durante los meses de Mayo a Agosto del 2006”, tuvo como resultados: La mayoría de los niños y adolescentes ingresados presentan ansiedad (52,3%), depresión (90,9%) y conducta regresiva (54,5%). Los niños de 6 a 10 años y el sexo masculino presentan mayor porcentaje de depresión y conducta regresiva. El grupo que permaneció con sus madres de 6 a 14 horas

presentaron mayor porcentaje de sintomatología ansiosa (50%) y depresión (95%). Las diferencias entre porcentajes de presentación de las distintas patologías según el tipo de enfermedad fueron menores al 10%. Los pacientes con regular o mala relación médico paciente presentan mayor porcentaje de ansiedad (75%) y depresión (100%). Los niños y adolescentes que presentaron sintomatología ansiosa a los tres días presentaron mayor porcentaje de ansiedad (95%) y depresión (95%) a los siete días y obtuvieron mayor puntaje en todos los test. Conclusiones: Los niños y adolescentes hospitalizados presentan mayor porcentaje de ansiedad, depresión y conducta regresiva que la población general. (15).

Alfaro A, Atria R. En el estudio realizado en Chile el año 2007, titulado “Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado”, revela que 50% de niños presentan alteración emocional durante la hospitalización, y que existe asociación entre un mal ambiente hospitalario y su influencia negativa en el estado emocional de los niños hospitalizados. Concluyendo que un buen ambiente hospitalario es un factor determinante para evitar la aparición de consecuencias secundarias a este evento. (16).

Hidalgo N. En el estudio para su tesis doctoral realizado en México el año 2010 titulado “Ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el período Marzo – Septiembre”. En una muestra de 120 pacientes con un rango de edades entre 16- 90 años El instrumento de evaluación utilizado es el HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale). La investigación realizada ha reportado cifras del 60% de personas con problema clínico de depresión y una prevalencia del 21% de ansiedad hospitalaria, de acuerdo a la edad el adulto mayor tiene una prevalencia de depresión del 27% y del 21% de ansiedad, de acuerdo al género las pacientes de sexo femenino tienen una depresión del 35% y el 27% de ansiedad, las personas casadas el 21% de depresión y el 16% de ansiedad, siendo esta la población base para la atención y tratamiento psicológico, que nos permite diseñar un protocolo de atención y tratamiento psicológico del paciente hospitalizado que esté más apegado a sus requerimientos, promoviendo en el paciente, la capacidad de adaptación a la enfermedad y al periodo de hospitalización, a través del uso de técnicas terapéuticas como el modelo cognitivo de psicoterapia breve para la atención clínica intra-hospitalaria; el cual se enfoca en disminuir la sintomatología ansiosa y/o depresiva que presentaren los

pacientes, de esa manera prevenir futuras recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Enfatizando la importancia de la presencia del psicólogo clínico dentro del área de clínica. (17).

Fernández A, López I. En el estudio para su tesis doctoral realizado en España el año 2001, titulado “Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo”, investigó el efecto que los agentes estresores puedan ejercer sobre el paciente pediátrico va a depender entre otros de: la edad del mismo, el nivel del desarrollo cognitivo, la capacidad de adaptación, la experiencias previas, la cantidad de información que posea y el apoyo recibido, entre otras variables. En la investigación ha resultado interesante constatar que la mayor parte de niños participantes valoraron como regulares o malas sus experiencias anteriores de hospitalización, cuando las tuvieron. (18).

Teichman Y, Rafael M. En el estudio realizado en Estados Unidos el año 2011, titulado “Reacción de ansiedad de los niños hospitalizados”. Este estudio sugiere que la reacción emocional del niño a la hospitalización está determinada por factores personales, interpersonales y ambientales. La hipótesis de que los niños

hospitalizados con alta ansiedad rasgo experimentarían mayor estado de ansiedad que los niños con baja ansiedad rasgo, los niños hospitalizados que perciben ansiedad en lugar de las madres tranquilas experimentarían más ansiedad, los niños en un hospital tradicional haría experimentar un mayor estado de ansiedad que los niños de un hospital de día, y los niños más ansiosos serían aquellos que tienen altos niveles de ansiedad rasgo, están expuestos a madres ansiosas y están hospitalizados en un hospital tradicional. Los resultados indican que el nivel de ansiedad rasgo del niño predice el nivel de ansiedad experimentado y así se percibe la ansiedad materna. Tipo de la hospitalización no influyó en el nivel de ansiedad, pero los niños con alta ansiedad rasgo, que atribuye a sus madres un alto nivel de ansiedad reportaron más ansiedad en el hospital de día y no en el hospital. Los resultados implican que, al ayudar a los niños y familias a lidiar con la hospitalización, los factores personales, interpersonales y ambientales tienen que ser considerados. (19).

Fereshteh A, Hossein R. En el estudio realizado en Irán el año 2011, titulado School-aged children experience about hospitalization: A qualitative study, el objetivo de este estudio era explorar cómo los niños experimentan la hospitalización. Métodos: El uso de análisis de

contenido convencional, los datos fueron recolectados a través indirecto técnicas que incluyen el dibujo y la narración de historias en 25 niños de 7-12 años de edad en el año 2009 de dos hospitales pediátricos de Hajar y Teherán (ubicado en Shahre-Kurd y Teherán, respectivamente). Resultados: Los resultados mostraron que los niños que tuvieron experiencias negativas y positivas de hospitalización. El miedo a procedimientos dolorosos, amenazando el medio ambiente de un hospital, la preocupación por el fracaso escolar y el medio ambiente aburrido del hospital fueron las experiencias negativas de los niños. Los niños han utilizado la autoprotección y la búsqueda de tranquilidad para hacer frente a sus miedos y preocupaciones. La hospitalización también fue una buena oportunidad para los niños para mejorar su desarrollo social y habilidades de adaptación y habilidades de hacer nuevos amigos y aprender más acerca de los procedimientos médicos y profesionales. Conclusión: La hospitalización puede ser a la vez una experiencia positiva y negativa para los niños. Todas las experiencias negativas de los niños hospitalizados se deben a la falta de atención a las necesidades de desarrollo de los niños en la planificación de la atención de salud en los hospitales. Usar la atención integral con

niños hospitalizados, hará que la hospitalización sea una experiencia positiva para los niños. (20).

Mendoza J. En el estudio realizado en Huancayo el año 2010, titulado "Influencia del ambiente hospitalario en el estado emocional de niños de 5-12 años internados en el Hospital "El Carmen", tuvo como objetivo: Establecer la influencia del ambiente hospitalario en el estado emocional de niños de 5-12 años, internados en el Hospital "El Carmen". Material y métodos: Estudio descriptivo cuantitativo. Se aplicó el cuestionario de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo STAIC. En una población de 50 niños y 50 padres. Se calculó la media y desviación estándar. Resultados: El 96% de los niños están afectados emocionalmente, siendo el factor que más influye la separación de los padres (56 %). El ambiente hospitalario en el que se encuentran es malo en 64% y padres refieren que el horario de visitas debería ser modificado (74%). Conclusiones: No existe relación entre la variable ambiente hospitalario y el estado emocional de niños de 5 a 12 años internados en el Hospital "El Carmen", 01 Julio- 31 Agosto 2010; con un $P=0.595$. (21).

Oscoco O, Bendezú C, Escajadillo N. En el estudio realizado en Pisco el año 2010, titulado "Actitud que adopta la enfermera durante la

atención y nivel de Ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público De Pisco, Perú ” se tuvo como objetivo: Determinar la actitud que adopta la enfermera durante la atención y el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio, en un hospital público de Pisco.

El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 30 pacientes; para establecer cuantitativamente el nivel de ansiedad se aplicó el test de ansiedad W. Zung. Resultados: En relación a la actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable en un 87% y medianamente favorable en un 13%. Referente al nivel de ansiedad; el 10%de los pacientes presenta ausencia de ansiedad, el 63% presenta ansiedad leve y el 27%, presenta ansiedad moderada. Conclusiones: La actitud que adopta la enfermera durante la atención al paciente es favorable, y la ansiedad leve está presente en los pacientes en el preoperatorio, por lo que se sugiere a las autoridades del hospital, desarrollar programas de educación permanente en salud en el campo del apoyo psicoemocional a los pacientes en el pre y post operatorio, dirigido al personal profesional de Enfermería con el fin de disminuir el nivel de

ansiedad que presentan los pacientes previo a la intervención quirúrgica. (22).

2.2 BASE TEORICO- CIENTIFICAS

LA ANSIEDAD.

La ansiedad es uno de los componentes más relevantes de las alteraciones psicofísicas de la clasificación nosológica actual. Presenta indicadores específicos que la diferencian claramente del miedo y de cualquier otra alteración psicopatológica. Sin embargo su sola presencia no indica necesariamente psicopatología alguna. Puede darse como reacción a eventos cotidianos, teniendo un efecto temporal y limitado sobre el funcionamiento biopsicosocial. (23)

Para Sigmund Freud la ansiedad era un síntoma; señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos, era considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes del Ello que podían emerger sin control. Vista así, la ansiedad es una consecuencia de los conflictos intra-psíquicos de carácter generalmente inconsciente. (23)

Evolución del concepto de ansiedad

Primer período:

Desde los años 20 hasta los años 60 podemos agrupar la investigación existente en el campo de la ansiedad en cuatro grandes líneas o enfoques:

- Psicodinámico y humanista.
- Conductismo Clásico.
- Enfoque Experimental-motivacional.
- Enfoque de la Personalidad: Primeras Teorías Rasgo--Estado. (23)

Segundo período:

Desde la perspectiva de la ansiedad en el campo de la personalidad podemos distinguir tres líneas o aportaciones relevantes:

- El desarrollo de las Teorías Rasgo-Estado de la mano de Spielberger.

- Se modifica la concepción unitaria de la ansiedad, desarrollándose la idea de un triple sistema de respuestas según el cual la ansiedad se manifiesta tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo y fisiológico.
- Se introducen variables cognitivas que darán lugar al enfoque cognitivo -conductual.(23)

Dimensiones de la ansiedad.

La ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de manera similar a otras emociones, conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones.(23)

- **Subjetivo-cognitiva:** Es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna, e incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones, y pensamientos intrusivos de tipo. Se le concede a esta dimensión la función de percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de

respuesta. Es decir que la apreciación subjetiva de las otras dimensiones es lo que permite que determinada persona pueda saber que hay una alteración ansiosa. (31)

- **Fisiológico-somática:** La ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros), interno (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros). Estas alteraciones se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad. (31)
- **Motor-conductual:** Trata de los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial, movimientos y posturas corporales, aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad. (31)

Teoría de la Ansiedad rasgo estado de Spielberg.

Tras la primera formulación de Cattell, Spielberger desarrolló su Teoría Rasgo-Estado, llamada a ser la de mayor difusión en el campo de la ansiedad. Spielberger sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados. (24)

Según este autor, el estado de **ansiedad** se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. (24)

Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger, de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y o del peligro objetivo que pueda representar la situación. (24)

El nivel del rasgo de ansiedad es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad. Spielberger resume su teoría en:

- Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo los niveles altos de estado de ansiedad serán experimentados como displacenteros. (24)
- La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo. (24)
- La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante. (24)

- Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conductas, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de la ansiedad. (24)
- Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en la persona el desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa psicológicos, dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad. (24)

Spielberger desarrolla la idea de que una adecuada teoría de la ansiedad, debe distinguir conceptual y operacionalmente entre ansiedad como estado transitorio y como rasgo de personalidad relativamente estable. Spielberger, conceptualiza el estado de ansiedad, como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo caracterizada por ser subjetiva, por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables, en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir

estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes, y la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad. (24)

Por tanto, según la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger podemos hablar de los estados de ansiedad como un proceso temporal, que comienza con la valoración de los estímulos por parte de la persona, sean éstos internos o externos, y sobre el que influirá el rasgo de ansiedad. (24)

Por ello, la persona con marcado rasgo de ansiedad, tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función. Si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes, no se llegará a dar la reacción de ansiedad. (24)

En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en el estado de ansiedad, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas que el individuo ha

desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar el estado de ansiedad. (24)

Las principales aportaciones de la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Clarifica y profundiza en la distinción entre rasgo y estado de ansiedad, aportando una definición más precisa y operativa de ambos conceptos. (24)
- El desarrollo de un instrumento de evaluación, el STAIC, cuya utilidad es respaldada por el gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas. (24)
- Por otro lado, es importante resaltar la relevancia que se da en esta teoría a los procesos o variables cognitivas. La valoración cognitiva juega un papel importante en la evocación de un estado de ansiedad y, junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad. (24)

- Apunta la conveniencia y necesidad de especificar y analizar las características de las condiciones del estímulo, que evocan diferentes niveles de estado de ansiedad en individuos que difieren en cuanto a rasgo de ansiedad. Ésta preocupación será uno de los elementos responsables de la inserción progresiva de esta teoría de Spielberger hacia planteamientos más interactivos. (24)

Hubo muchas actualizaciones y validaciones del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) a través de los años en diversas poblaciones. (24)

Se hizo una estandarización Tailandesa el año 2000 con una consistencia interna moderada. Igualmente se realizó otra en diferentes grupos étnicos con población remitida y no remitida encontrándose diferencias del contenido de la ansiedad por raza según la validez discriminante (realizada el año 1999). También se buscaron las características psicométricas en niños de raza negra con dificultades de aprendizaje, observándose así mismo diferencias con la prueba original (del año 1978). Se realizó una versión canadiense con resultados de estandarización adecuados realizados el año 2003. (24)

El STAIC ha sido usado como Gold Standard de pruebas como el Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED), el Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE), el Child Behaviour Checklist (CBCL), el Child Medical Fear Scale (CMFS), el Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS), con resultados adecuados para las medidas de comparación utilizadas. Esta prueba se afianzó como una de las más discriminativas según los criterios utilizados en estas investigaciones. (24)

Descripción en la revisión de los factores de la ansiedad

Los ítems quedan agrupados en seis factores:

Factor 1. Las preguntas agrupadas en este Factor hacen referencia al Temor, el cual es un estado emocional de inestabilidad donde el grado de confusión y percepción de amenaza es significativo, generando altos niveles de ansiedad del tipo Ansiedad Estado. Donde se evalúa los siguientes ítems:(32)

- Me siento angustiado.
- Me siento confuso.
- Me siento molesto.
- Tengo miedo.(32)

Factor 2. Las preguntas agrupadas en este Factor hacen referencia a la Tranquilidad, el cual está orientado al estado emocional de jovialidad en un medio con pocas señales de alerta que satisface las necesidades de confort y seguridad. Es del tipo ansiedad-estado. Donde se evalúa los siguientes ítems: (32)

- Me encuentro descansado.
- Estoy relajado.
- Me siento calmado.(32)

Factor 3. Las preguntas agrupadas en este Factor hacen referencia a la Preocupación, la cual corresponde a estados emocionales de alteración sin la percepción de una señal de amenaza identificable, la anticipación hace parte de uno de sus principales elementos. Es del tipo ansiedad-rasgo. Donde se evalúa los siguientes ítems: (32)

- 29 me preocupan las cosas del colegio.
- 33 me preocupo por cosas que pueden ocurrir.
- 26 me preocupo demasiado.(32)

Factor 4. Las preguntas agrupadas en este Factor hacen referencia a la Evitación, la cual da cuenta de una estrategia de afrontamiento orientada a no enfrentar la situación porque el sujeto se concibe a sí mismo en una condición de minusvalía e inseguridad. Es del tipo ansiedad-rasgo. Donde se evalúa los siguientes ítems: (32)

- Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.
- Tengo sensaciones extrañas en el estómago.
- Me cuesta quedarme dormido por la noche.(32)

Factor 5. Las preguntas agrupadas en este Factor hacen referencia a la Somatización, la cual corresponde a manifestaciones orgánicas que generan preocupación, por su inexplicabilidad sintomatológica. Es del tipo ansiedad-rasgo. Donde se evalúa los siguientes ítems: (32)

- Noto que mi corazón late más rápido.
- Tengo sensaciones extrañas en el estómago.
- Me cuesta quedarme dormido por las noches.(32)

Factor 6. Las preguntas agrupadas en este Factor hacen referencia a la Ira y Tristeza, las cuales están orientadas a sentimientos

encontrados que van desde el deseo de cambio de una situación hasta orientarse a estados emocionales depresivos. Es del tipo ansiedad-rasgo. Donde se evalúa los siguientes ítems: (32)

- Me encuentro molesto.
- Me encuentro inquieto.

Clasificación de la ansiedad.

En concordancia con los objetivos de la investigación y el instrumento de medición, se utilizó la siguiente división de la ansiedad, propuesta por Spielberger en la construcción del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (24)

Ansiedad estado.

Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. (24)

Ansiedad-Rasgo.

Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado. (24)

Síntomas o respuestas de ansiedad.

Respuestas Cognitivas (lo que pensamos o sentimos)

- Preocupación
- Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo
- Inseguridad
- Temor a que noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede.

(25)

Respuestas Fisiológicas (lo que sucede en nuestro cuerpo)

- Molestias en el estómago
- Sudor - Rubor

- Temblor
- Tensión
- Palpitaciones, aceleración cardíaca.(25)

Respuestas Motoras (lo que manifestamos en nuestro comportamiento)

- Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)
- Fumar, comer o beber en exceso
- Evitación de situaciones. (25)

Ansiedad en los niños.

Para comprender la ansiedad de los niños hospitalizados, se deben tener en cuenta factores como las diferencias evolutivas que influyen en la concepción de enfermedad, en la adaptación o no a situaciones nuevas, en los diferentes contenidos imaginarios ante los temores y en la debilidad e inexperiencia para responder ante situaciones desconocidas. (25)

Asimismo, se encuentran los factores hereditarios, el sexo, la historia familiar, los patrones de crianza y las experiencias pasadas, como determinantes de las diferentes reacciones ante la experiencia hospitalaria de los niños, siendo ésta traumática para algunos y adaptativa para otros. (25)

La ansiedad es comprendida como una reacción emocional con un componente característico de anticipación a la sensación desagradable de tensión, preocupación o nerviosismo, que se traduce en la activación del sistema nervioso simpático, acompañada de manifestaciones conductuales visibles ante sucesos. (25)

La ansiedad como una forma de reacción de miedo, tiene un carácter difuso y no se limita a objetos o situaciones; no siempre hay indicios de su causa inmediata, se experimenta acompañada de manifestaciones físicas, se inicia como anticipación a amenazas futuras, y no hay control de algún mecanismo psicológico específico de defensa. (25)

Por su parte, Spilberger se basa en la diferencia entre ansiedad-estado, es decir, la ansiedad que se experimenta transitoriamente

ante una situación concreta. En otras palabras, la ansiedad–estado y la ansiedad–rasgo, asumida como rasgo de la personalidad para establecer definiciones del estrés. (25)

A medida que el niño va creciendo y desarrollando sus procesos cognitivos, va comprendiendo la enfermedad y aumentando la incertidumbre frente a lo que se está enfrentando, lo cual genera en él mayor estrés y ansiedad si no ha recibido una adecuada “educación para la enfermedad”, que le permita concebir y afrontar la experiencia hospitalaria. (25)

A partir de los siete años, toma conciencia de su enfermedad y aprende a valorar la salud frente a la enfermedad. Asimismo, piensa que su llanto o gritos le permiten a los médicos y al personal sanitario darse cuenta de su dolor. Esta etapa se prolonga hasta los once años, aproximadamente. (25)

La ansiedad en niños hospitalizados.

Se define ansiedad en niños hospitalizados como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por él como

amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. (25)

La ansiedad tiene que ver con el sentirse en riesgo, Spielberger define el estado de ansiedad como las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, que la aprehensión, tensión y preocupación varían en intensidad y fluctúan en un cierto plazo de tiempo. (25)

El niño que es hospitalizado debe obtener especial atención en lo que se refiere a comunicación, ya que dado a su edad y al estado de su desarrollo cognitivo sus preguntas no reflejan sus dudas ni tampoco evidencia la ansiedad que ellos tienen acerca de los cuidados que se les impartirán. (25)

La ansiedad que los niños experimentan frente a la hospitalización ha sido permanentemente asociada con la edad del niño, tiempo y frecuencia de hospitalizaciones, ausencia parental durante la hospitalización, estrés parental, desajustes previos a la hospitalización propios del niño o de la familia, cambios

fundamentales en la vida cotidiana del niño y su familia, y fuertemente interviene la enfermedad y el tratamiento requerido. (25)

Los cambios en la conducta del niño durante y después de la hospitalización, los que se consideran síntomas de trastornos emocionales, que sólo podrían ser explicados en parte por la hospitalización misma, ya que el temperamento o predisposición a experimentar ansiedad u otros síntomas de perturbación psicológica darían cuenta de por qué los niños reaccionan en forma diferente e incluso se ven beneficiados en su desarrollo psicológico evidenciando avances en su conducta. (25)

La hospitalización.

Cuando una persona ingresa en un hospital, inevitablemente desarrolla en menor o mayor grado una sensación de temor, que en el paciente supone un problema de tipo emocional (ansiedad, depresión), cognitivo (dificultad para el aprendizaje) y motivacional, acompañado de una disminución de su autoestima. (26)

Es un hecho que el hospital en sí mismo es un agente estresante para el niño, que por una parte representa un lugar que proporciona alivio y curación, y por otra, lo percibe como un sitio desagradable, donde el cuerpo está sometido a experiencias dolorosas que involucran otras situaciones estresantes, como cambios en los hábitos del niño, nuevos horarios, la separación de sus padres y amigos, la falta de estimulación social, escaso control de las situaciones y ausencia del ambiente familiar típico. (26)

La situación de hospitalización genera un gran estrés, que se manifiesta como un elevado índice de ansiedad. Los agentes estresantes o desencadenantes de la ansiedad en el paciente en este caso serían:

- La enfermedad y la hospitalización.
- Las expectativas con respecto a los cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido.(27)

Niños de 7 a 11 años.

La principal característica de esta fase, es que ahora el niño/a ya se sumerge plenamente en el mundo real e intenta adaptar su comportamiento a las variables condiciones externas. (28)

El niño es un agente activo en las decisiones que le afectan y en todas las actividades de interacción con los demás. En la medida de sus posibilidades, deben tenerse en cuenta sus peticiones, hacerle participe de las decisiones que le afectan y conseguir que contribuya a satisfacer sus propias necesidades y las de los demás. (28)

Corresponde al ingreso del niño a la escuela, acontecimiento que significa la convivencia con seres de su misma edad. Se denomina también "periodo de la latencia", porque está caracterizada por una especie de reposo de los impulsos institucionales para concentrarnos en la conquista de la socialidad. (28)

La socialización que comienza a desarrollar es "egocéntrica": "Todo sale de mí y vuelve a mí", "Te doy para que me des". Sus mejores amigos son los que le hacen jugar, le invitan al cine o un helado". El niño, al entrar en la escuela da pie al desarrollo de sus funciones cognoscitivas, afectivas y sociales. (28)

- Funciones Cognoscitivas: El niño desarrolla la percepción, la memoria, razonamiento, etc.

- **Funciones Afectivas:** En cuanto que el niño sale del ambiente familiar donde es el centro del cariño de todos, para ir a otro ambiente donde es un número en la masa; donde aprende y desarrolla el sentimiento del deber, respeto al derecho ajeno amor propio, estima de sí, etc.
- **Función Social:** La escuela contribuye a extender las relaciones sociales que son más incidentes sobre la personalidad. (28)

Características principales en esta etapa:

Aprende a no exteriorizar todo, aflora, entonces, la interioridad. Son tremendamente imitativos, de aquí que necesiten el buen ejemplo de sus padres. El niño se vuelve más objetivo y es capaz de ver la realidad tal como es. Suma, resta, multiplica y divide cosas, no números. Adquiere un comportamiento más firme sobre sus realidades emocionales. (28)

2.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS

Ansiedad.

Es un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos

de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. (24).

Niño – Niñez:

Se le sitúa entre los 6 y 12 años, corresponde el ingreso del niño en la escuela, lo que significa la convivencia con seres de su misma edad y, por lo tanto, iguales en derechos y deberes y en el tratamiento. Lo cual influye decisivamente en su proceso de socialización. (29)

Hospitalización:

Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal de salud.

Período de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica. (12)

Pediatría:

La pediatría es la rama de la medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de los niños. Se trata de una especialidad médica que se centra en los pacientes desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia, sin que exista un límite preciso que determine el final de su validez. (33)

STAIC:

Sus siglas en Inglés: State-Trait Anxiety Inventory for Children, I que significa el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Es un inventario autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (escala de estado), con veinte proposiciones y tres posibles respuestas: “nada”, “algo” y “mucho”, valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente. En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como rasgo (escala de rasgo); también tiene veinte proposiciones con tres posibles respuestas: “casi nunca”, “a veces” y “a menudo”, valoradas desde 1 hasta 3. (Anexo 04)

Tiempo de hospitalización

Cantidad de días en el que una persona enferma o herida se encuentra en el hospital para su diagnóstico, tratamiento y recuperación por parte del personal de salud.

Servicio de hospitalización

Es el lugar que está orientado a proporcionar cuidados básicos y especializados seguros en ambiente hospitalario confortable, que genere la satisfacción de los usuarios y sus familias, además que propicie su participación en el proceso de atención de salud con

respeto de la autonomía y dignidad humana, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad, garantizando de este modo la prestación de servicios asistenciales con altos estándares de calidad para el atención integral de los pacientes.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte longitudinal. Se define descriptivo porque busca describir el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización, correlacional porque quiere establecer la relación entre sus variables, y longitudinal porque se estudia el nivel de ansiedad a lo largo de un período de tiempo (que varía según el problema investigado y las características de la variable que se estudia, según Canales, Alvarado y Pineda). (30)

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

Para el estudio la población fue la totalidad de niños hospitalizados de 7 a 11 años en el Servicio de Pediatría en los meses de Agosto y Setiembre del año 2014. El muestreo fue no probabilística por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños del sexo masculino y femenino de 7 a 11 años de edad, que se encuentren hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue - Tacna 2014.
- Los niños hospitalizados ubicados en tiempo espacio y persona para responder las preguntas.
- Niños que tengan la autorización del consentimiento informado firmado por los familiares.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños con diagnóstico de retardo de desarrollo para su edad.
- Padres que no deseen que sus hijos participen en la investigación, es decir que se muestren negativos a participar de la encuesta.

- Niños menores de 7 años y mayores de 11 años.

3.3 LA TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento de medición para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado: "¿Cómo me siento?"(State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC), además de una cédula de datos personales. Destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio a partir del propio sujeto en cuestión. Aplicado a los niños de 7 a 11 años hospitalizados en el servicio de Pediatría del H.A.U.T

El cuestionario presenta las siguientes características:

- Es auto aplicativo y anónimo.
- Incluye una breve explicación sobre las dos partes de la encuesta.
- Se considera el orden en que se formulan las preguntas. Comienza con preguntas de información general para después pasar a la encuesta en sí.

El instrumento que se utilizó consta de dos partes:

- Esta primera parte del cuestionario recogió información acerca de ansiedad-estado, tiene una escala con 20 ítems para esta parte; fue diseñado para medir las sensaciones transitorias percibidas de manera consciente en niños de 5 a 15 años ante eventos productores de ansiedad que varía en intensidad y fluctúan en el tiempo.

Contiene instrucciones precisas para los niños de la forma como debe ser marcada la respuesta. Cada ítem tiene tres opciones de respuesta con valor total por ítem de 3 puntos, cada respuesta tiene un valor asignado de 1, 2 y 3 respectivamente.

El puntaje total es de 60 puntos como máximo y 20 puntos como mínimo; en cuanto mayor sea el puntaje indicará presencia de ansiedad. Los ítems se clasifican en subclase presencia de ansiedad 2, 4, 5, 7, 11, 15, 16, 18 y 19 (Ej. Aterrado, nervioso) y el resto de los ítems mide la subclase ausencia de ansiedad (Ej. Calmado, feliz). Para corregir y obtener la puntuación se sumó los ítems de la primera parte, luego se ubicó la puntuación en el rango establecido:

Calificación en Ansiedad Estado
Items (+): 2,3,5,7,12,14,15,17,19,20(X)
Items (-): 1,4,6,8,9,10,11,13,16,18(Y)
Fórmula $(X-Y)+ 40=$ Puntuación
Niveles de Ansiedad estado: Bajo: menor de 24 puntos Medio: entre 24 y 38 puntos Alto: mayor de 38 puntos

- La segunda parte del cuestionario recogió información acerca de ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad- Estado. Para corregir y obtener la puntuación se sumó los ítems de la segunda parte y se calificó de la siguiente manera:

RANGO	INTERPRETACIÓN
Menor de 29 puntos	Bajo
Entre 29 y 41 puntos	medio

Mayor de 41 puntos	Alto
--------------------	------

El tiempo de aplicación recomendado por los encuestados es de 8 a 12 minutos, para niños de dicho grupo etáreo.

- **Validez:** El instrumento destinado para el estudio de Investigación fue validada por el estudio: Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos en el año 2002. La validación se dio lugar en La Habana – Cuba por los siguientes autores: Lorenzo A., Grau J., Fumero A., Vizcaíno M., Martín M y Prado F. Esta investigación tuvo como propósito estandarizar el Inventario de Ansiedad Estado -Rasgo (STAIC) en niños y adolescentes. La estandarización del cuestionario STAIC, es el resultado de la evaluación de 571 alumnos de edades comprendidas entre los 13 y 16 años y un promedio de 14 años de ambos géneros. A efecto de calificar el cuestionario, se realizaron los siguientes pasos: se introdujeron los resultados de cada inventario en una minicomputadora personal; se procesaron para obtener los valores totales directos (positivos) e inversos (negativos), añadiéndose en el caso de la escala de estado la constante apropiada a la diferencia entre los ítemes “directos” y los “inversos”; en la escala de rasgo se

sumaron todos los valores solamente, y se hizo el procesamiento estadístico de los resultados obtenidos en el paso anterior a través de los paquetes computarizados Microstat y Statgraf. (Ver Anexo 4)

- **Confiabilidad:** La confiabilidad del STAIC se examinó a través del método de test-retest. Los resultados obtenidos (Ver Anexo 4), que presenta los coeficientes de correlación momento-producto de Pearson, comparándose estos resultados con los obtenidos en los estudios originales. Los coeficientes obtenidos en la ansiedad-estado no son elevados, pero pueden considerarse satisfactorios para un instrumento de medida con tiempo de test-retest relativamente corto. Si se tiene en cuenta que los estudios originales de test-retest se hicieron con seis semanas de intervalo entre la aplicación del test y del retest, mientras que en los presentes fue de catorce semanas, además de que los estados de ansiedad tienen un carácter transitorio, no es de extrañar la obtención de indicadores más bajos; sin embargo, como cabría esperar, los coeficientes de la ansiedad-rasgo son superiores. Al comparar los resultados de los estudios originales con los del que aquí se describe, pudiera afirmarse que los coeficientes

conseguidos parecen ser suficientemente consistentes en ambas culturas.

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la aplicación de los instrumentos se solicitaron permisos de Gerencia del Hospital Hipólito Unanue, Jefatura de Enfermería del Hospital, Comité de Investigación del Hospital y Comité de Capacitación de Enfermería. Luego se informó al Médico y Enfermera, ambos coordinadores del servicio de Pediatría. (Ver anexo N°04)

Previas autorizaciones, Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres de los niños seleccionados. A los padres se le explicó el propósito de la investigación, se les solicitó su participación voluntaria mediante el consentimiento informado, reiterándoles que los datos se manejarían de manera confidencial y respetando el anonimato de los participantes; así como su deseo de no participar en el estudio, haciendo énfasis de que su participación en el estudio no representaría daño a su integridad física; luego se procedió a administrar los cuestionarios a los pacientes del Servicio de

Pediatría. Se brindó instrucciones para su llenado, pidiendo sinceridad y garantizando la confidencialidad de los datos. Durante el llenado del cuestionario se absolvió las dudas al respecto. La duración del llenado de la encuesta fue de aproximadamente 07 minutos.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y se codificaron los datos, para lo cual se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2013; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0, con serie de permiso validado.

Para el análisis univariado se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada) y para el análisis bivariado de relación entre el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización en niños de 7 a 11 años hospitalizados se utilizó el test estadístico correlación de Spearman.. Se consideró un nivel de confianza del 95% .

Para la presentación de información, se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación, con sus respectivos gráficos. Cabe decir, que los gráficos fueron diseñados en el programa Excel de Microsoft Windows 2013.

CAPITULO IV DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y tablas de contingencia, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

TABLA N° 01

NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014

ANSIEDAD		Primer Momento		Segundo Momento	
		N°	%	N°	%
Ansiedad Rasgo	Medio	14	56,00	-	-
	Alto	11	44,00	-	-
TOTAL		25	100,00	-	-
Ansiedad estado	Medio	15	60,00	22	88,00
	Alto	10	40,00	3	12,00
TOTAL		25	100,00	25	100,00

Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

DESCRIPCION:

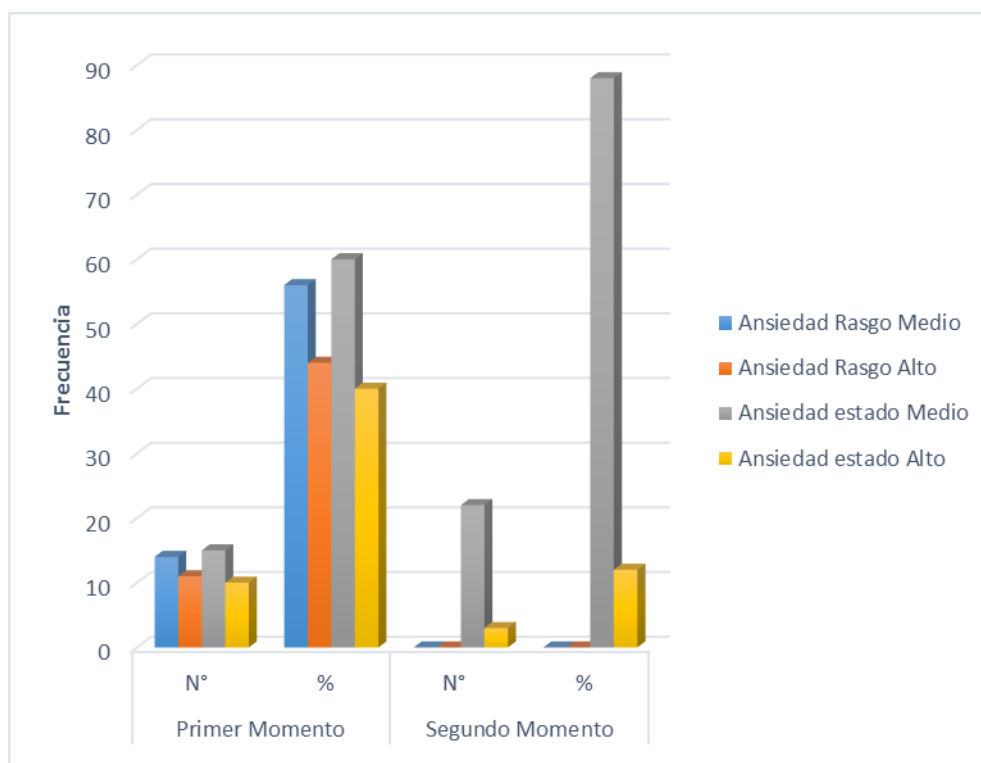
Respecto a los resultados del Inventario de la Ansiedad Estado –Rasgo (STAIC) que mide psicométricamente la ansiedad. El porcentaje de los puntajes de la ansiedad rasgo en su mayoría son de nivel medio con un 56%; mientras que el porcentaje de los puntajes de la ansiedad estado (condición emocional transitoria) da como resultado que en su mayoría la

ansiedad es de nivel medio con un 60%, seguido por nivel de ansiedad alto con un 40% en su primer momento.

Mientras que en el segundo momento observamos que el porcentaje de los puntajes de la ansiedad estado da como resultado que en su mayoría la ansiedad es de nivel medio con un 88%, seguido por nivel de ansiedad alto con un 12%.

GRAFICO N° 01

NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

TABLA N° 02

**TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T
TACNA 2014**

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	N°	PORCENTAJE
Menor de una semana	19	76,00
Mayor de una semana	6	24,00
Total	25	100,00

Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

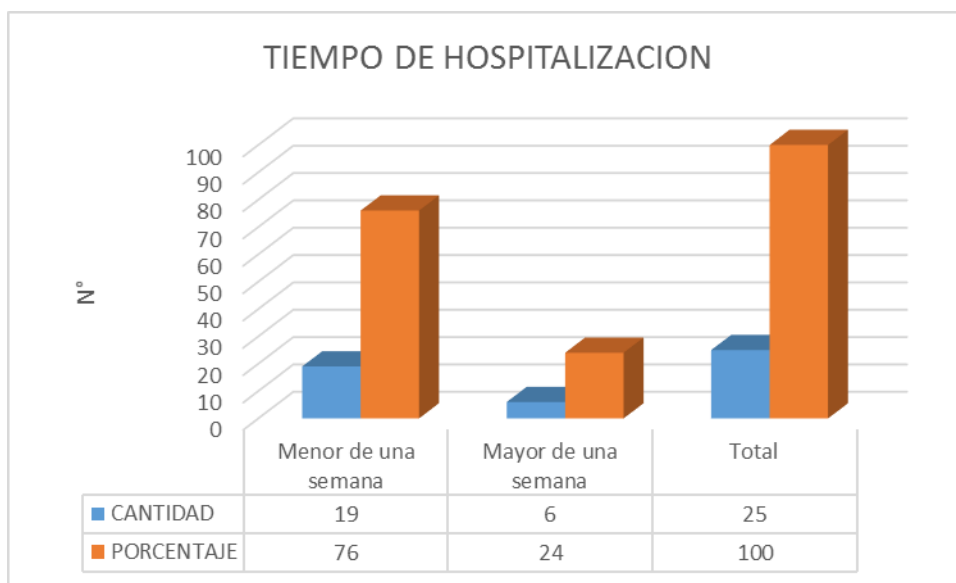
Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

DESCRIPCION:

En la tabla N°02 se observa que el mayor porcentaje de niños que estuvieron hospitalizados menos de una semana con un 76% seguido de los niños que fueron hospitalizados más de una semana con un 24%.

GRAFICO N° 02

TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

TABLA N° 03

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y EL TIEMPO DE
HOSPITALIZACION EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T
TACNA 2014**

Tiempo de hospitalización.	Ansiedad Estado 2		Total
	Medio	Alto	
Menor de una semana %	16 72,70%	3 100,00%	19 76,00%
Mayor de una semana %	6 27,30%	0 .0%	6 24,00%
Total %	22 100,00%	3 100,00%	25 100,00%

$rs P= 0,072 < 0,5$

Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

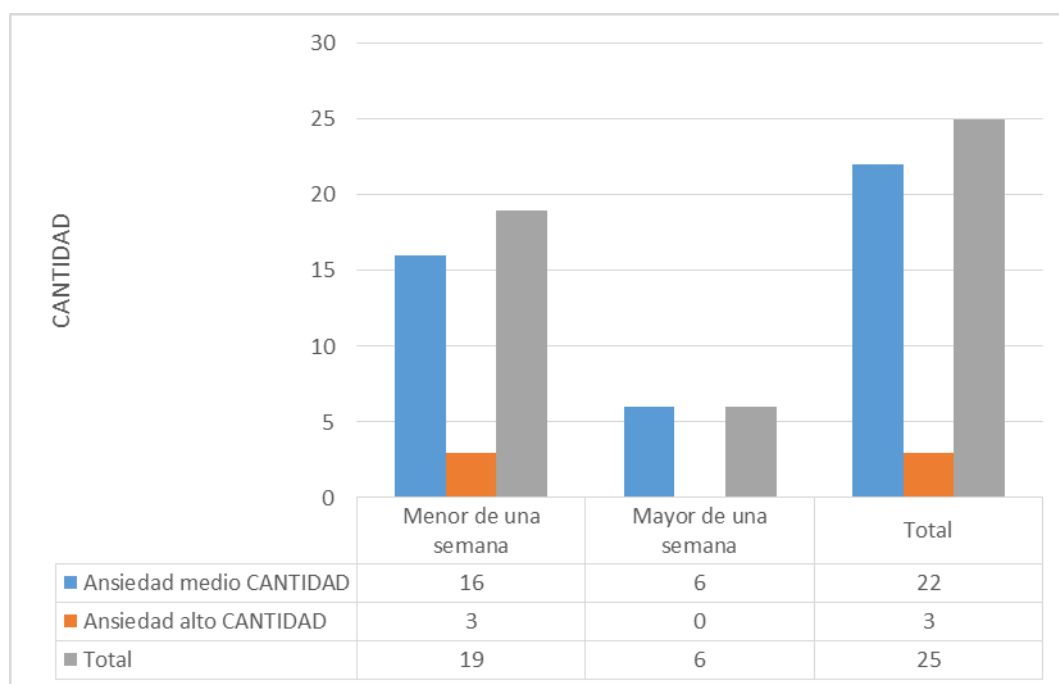
Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

DESCRIPCION:

En la presente tabla se observa que los pacientes que se quedaron menos de una semana presentaron en su mayoría con un 84,2% ansiedad media, seguido por ansiedad alta con un 15,8%.en cambio los pacientes que se quedaron más de una semana sólo presentaron ansiedad media con un 100%. No hay relación significativa entre el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización según Correlación de Spearman.

GRAFICO N° 03

RELACION ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y EL TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

4.2 DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo general determinar el Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue –Tacna año 2014 y en coherencia a lo señalado se demuestra la siguiente situación: en la Tabla N° 01, que en la primera entrevista 12 horas después del ingreso al Servicio de Pediatría respecto a los resultados del Inventario de la Ansiedad Estado –Rasgo (STAIC) que mide psicométricamente la ansiedad.

El porcentaje de los puntajes de la ansiedad rasgo (56%) son de nivel medio, mientras que el porcentaje de los puntajes de la ansiedad estado (condición emocional transitoria) da como resultado que, la ansiedad es de nivel medio con un 60%, seguido por nivel de ansiedad alto con un 40% en su primer momento.

Mientras que en el segundo momento observamos que el porcentaje de los puntajes de la ansiedad estado es de nivel medio con un 88%, seguido por nivel de ansiedad alto con un 12%.

En términos generales apreciamos que los niños hospitalizados presentan mayor ansiedad en el primer momento representado por ansiedad estado alto de 40% a diferencia del segundo momento de ansiedad estado alto de 12%.

Esta investigación pone en evidencia que los niños presentan un considerable nivel de ansiedad al ingreso, en un ambiente desconocido como es un hospital. Además la disminución de la ansiedad en el segundo momento posiblemente se debió a que el niño está más seguro y tiene control de su medio ambiente. Así como los niveles de ansiedad cambian en el transcurso de la hospitalización de los niños: 12 horas después del ingreso y horas antes del egreso, lo cual se determinó gracias a la aplicación del instrumento de STAIC el cual fue un factor con dos niveles (12 horas después del ingreso y horas antes del egreso).

Este estudio tiene relativa concordancia con Eth y Pynoos (citados en el estudio de por García R.) que refieren que un niño hospitalizado puede presentar un trauma psíquico en consecuencia del internamiento, que provoca un trastorno adaptativo. En el que la capacidad de afrontamiento en los niños se encuentra minimizada o

ausente, volviéndolo vulnerable a los estímulos ansiógenos (malestar físico, curaciones dolorosas, contacto con personas extrañas, por ejemplo).

La hospitalización es un estresor, cuyas repercusiones negativas más frecuentes son alteraciones emocionales y comportamientos disruptivos a corto, medio e incluso largo plazo, siendo capaz de generar respuestas de estrés, ansiedad y depresión; esto se debe a responsabilidad del personal de salud, el ambiente físico que rodea al menor y las visitas de sus padres.

También tiene concordancia con, Aguilera P , Whetsell V. quien concluyó que el coeficiente de correlación de Spearman mostró correlación negativa significativa en el momento tres (después de la hospitalización). Para cada momento se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple donde las variables independientes fueron sexo, edad y admisiones previas sobre el índice de ansiedad, el modelo significativo ocurrió en el tercer momento en cuanto a la edad, es decir, a mayor edad menor nivel de ansiedad.

En la Tabla N° 02 se presenta el tiempo de hospitalización en niños de 7 a 11 años hospitalizados en el servicio de Pediatría en el que se observa que el 76% de niños que estuvieron hospitalizados menos de una semana seguido de los niños que fueron hospitalizados más de una semana con un 24%.

Este estudio tiene relativa concordancia con García R, Barra F, Mendoza J. Donde destaca el estrés en función de la duración de la estancia hospitalaria. En este resultado se puede resaltar que en su mayoría es corto el período de permanencia hospitalaria lo que podría dar a conocer que las patologías que se presentan en el servicio son tratables, o en todo caso la recuperación del niño se puede realizar en casa con ayuda del familiar.

En este aspecto el profesional de enfermería que interviene directamente con el niño y su familia, debe prestar un cuidado integral, cuidando de las esferas que conforma el ser humano y planteando acciones que puedan disminuir el nivel de ansiedad para de esta manera haya una evolución favorable del paciente.

En la Tabla N° 03 se presenta la relación entre la ansiedad y el tiempo de hospitalización donde se observa, que los pacientes que se quedaron menos de una semana presentaron en su mayoría con un 84,2% ansiedad media, seguido por ansiedad alta con un 15,8%.en cambio los pacientes que se quedaron más de una semana sólo presentaron ansiedad media con un 100%. No hay relación significativa entre el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización según Correlación de Spearman.

Los resultados tienen relativa concordancia con el estudio de Fernández A, López I. En el cual refiere que no se han encontrado diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de experiencias previas, ni en función de la valoración cualitativa de las mismas.

Así también Teichman Y, Rafael M. , los resultados indican que el tipo de hospitalización no influyó en el nivel de ansiedad. Los resultados implican que, al ayudar a los niños y familias a lidiar con la hospitalización, los factores personales, interpersonales y ambientales tienen que ser considerados.

Estos resultados difieren con el estudio de García R, Barra F, Mendoza J. Donde destaca que el estrés en función de la duración de la estancia hospitalaria, evidencia estrés en padres de pacientes pediátricos y el estrés por la interacción con el ambiente hospitalario. Además de la separación del contexto social y familiar habitual, los niños en infancia temprana, se estresan significativamente más que los adolescentes.

El presente estudio realizado demuestra que no existe una relación entre el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización en niños de 7 a 11 años. Se puede decir que los mecanismos de defensa y /o afrontamiento del niño frente a la ansiedad, incluye diferentes factores tanto internos como externos percibidos por el niño, por el que el factor desencadenante de la ansiedad en cada niño es diferente y su forma de respuesta también. El tiempo de hospitalización no siempre está relacionado como factor influyente de la ansiedad en los niños, si no que se debe tomar en cuenta que la ansiedad lo produce uno o más factores y depende de cada niño en su habilidad, capacidad y fuentes de apoyo social para enfrentar las nuevas demandas que le plantea esta nueva situación.

A menudo, la permanencia del niño en el hospital es breve, aunque algunos con enfermedades crónicas o terminales permanecen varias semanas o meses en el mismo. El niño hospitalizado presenta una serie de respuestas de ansiedad que interfieren en forma negativa, no sólo en su comportamiento durante la estancia hospitalaria, sino también en su comportamiento tras el alta médica; al mismo tiempo es más común que un familiar (en la mayoría de los casos la madre), acompañe de manera permanente a este niño durante su estancia, de este modo se ejerce una relación más estrecha entre el familiar y el niño, que influiría en la evolución del cuadro de recuperación de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- El nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años es alta en el primer momento (40%) y es medio (88%) en el segundo momento en relación al tiempo de hospitalización.
- El tiempo de hospitalización en niños de 7 a 11 años fue (76%) menos de una semana.
- No existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y el tiempo de hospitalización según prueba de Correlación de Spearman por lo cual se comprueba la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

- Ampliar el estudio efectuando mediciones de nivel de ansiedad en los niños después del egreso hospitalario, utilizando el STAIC.
- Efectuar estudios de intervención durante o al momento del ingreso del niño a hospitalización para reducir la ansiedad dado que las medidas de los índices de ansiedad fueron de medio a alto.
- Realizar estudios que exploren la ansiedad paterna de los niños hospitalizados.
- Efectuar estudios que relacionen la ansiedad de los niños con otros factores.
- Sugerir a las instituciones formadoras de profesionales de la salud como la UNJBG, socialicen los resultados y aporten contenidos sobre los diferentes estados de ansiedad que presentan los niños hospitalizados, relacionándolo al cuidado de Enfermería.

REFERENCIAS

1. Kern de Castro E., Moreno Jiménez B. . Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología en Estudio*. Scielo. Universidad Estadual de Maringá .Brasil. [Serie en Internet] 2007. [Citada el 05 de Enero del 2014]. Vol 12. (1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000100010&script=sci_arttext
2. García R. Hospitalización de niños y adolescentes. *Rev. Méd. Clínica Las Conde*. [Serie en Internet]. 2005. [Citado el 10 de Marzo del 2014]. Vol 16. (4).Disponible en : http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_006.htm
3. Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from the Ontario Child Healt Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Vol 29. 1990. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S08908567096468>

27

4. Medina Mora ME, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional Epidemiología Psiquiátrica en México Salud Mental. 2003. Vol 26. (4). Disponible en : http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias5.pdf.
5. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. U.S.A. 2004. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guias5.pdf.
6. Virues Elizondo RA. Estudio sobre ansiedad. Revista Psicológica científica. [Serie en Internet]. 2005. [citada en 21 de Nov. 2014]. Vol 16. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
7. Czernik G , Almirón L , Cuenca E , Mazzaro B. Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [Serie en Internet]. 2005.

[Citada en 21 de Nov. 2014]Vol 12. Disponible en:
http://www.alcmeon.com.ar/12/46/04_Czernic.htm

8. Arbós D. Los trastornos de ansiedad se multiplicarán en pocos años. Diario Médico.com. 2006, Enero 10. Sección Especialidades – Psiquiatría.España. disponible en:
<http://ansiedad.comocombatir.com/estadisticas-sobre-la-ansiedad.html>
9. Ministerio de salud. Más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida. Año 2012. [Citada en 21 de Nov. 2014]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=1721
10. Alejos Cerdan M; Aráoz Chávez LM; Castañeda Chang AM. Ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. Citado en: (http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b002)

11. Contreras C. El Estado deja sin educación a niños peruanos hospitalizados. La República.pe/Sociedad.[Serie en internet]. Enero 2012. [Citada en 21 de Nov. 2014]. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/06-01-2012/el-estado-deja-sin-educacion-ninos-peruanos-hospitalizados>

12. Aguilera Pérez P. Ansiedad en niños de 7 a 11 años durante y después de la hospitalización. [Tesis Post grado]. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2003. Citado en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149322.PDF>

13. García R., De la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes. [serie en Internet]. 2005. [Citada el 20 de Abril del 2014]. Vol 16. (4). Disponible: http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_006.htm.

14. Fernández Castillo A, López Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización. International Journal of Clinical and Health Psychology. [Serie en Internet] 2006.[Citada el

25 de Abril del 2014]. Vol. 06. (03). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760308>

15. Gaitan D. Ansiedad, depresión y conducta regresiva en niños y adolescentes de 6 a 14 años en respuesta a la internación hospitalaria en el Servicio de Pediatría del Hospital Enrique Garcés durante los meses de Mayo a Agosto del 2006. [Tesis de Pre grado] .Ecuador. Repositorio digital Pontificia Universidad Católica de Ecuador. 2006. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6412>

16. Alfaro A, Atria R. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Chile. 2007. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/4.html>

17. Hidalgo Puchaicela N. Ansiedad y depresión en los pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Provincial General Isidro Ayora de Loja durante el período Marzo – Septiembre 2010 [Tesis de Pre grado]. México. Repositorio digital Universidad Nacional de Loja. 2010. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6412>

18. Fernández Castillo A, López Naranjo I Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo.[Tesis Doctoral]. España. Universidad de Granada. 2011. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/20314528.pdf>
19. Teichman Y, Ben Rafael M. Reacción de ansiedad de los niños hospitalizados. USA. Año 2011. Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.1986.tb02707.x/>
20. Fereshteh A, Hossein R. School-aged children experience about hospitalization: A qualitative study.[Tesis Post grado]. U.S.A. Shahrekord Universidad de Ciencias Médicas. 2011. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fjournals.kums.ac.ir%2Fojs%2Findex.php%2Fjkums%2Farticle%2Fdownload%2F884%2F1911&ei=jitkVLKXJsKaNsjpg9gE&usg=AFQjCNFynN5c3NwAzCBdCCYWrN5FR4pWTQ&bvm=bv.79189006,d.eXY>

21. Mendoza Mayaute J. Influencia del ambiente hospitalario en el estado emocional de niños de 5-12 años internados en el hospital “El Carmen”, Huancayo – 2010. Rev. Científica de la Fac. de Medicina Humana. Universidad Peruana Los Andes. [Serie en internet]. Octubre 2012. [Citada en 21 de Nov. 2014]. Disponible en: http://issuu.com/uplacomunidad/docs/revista_cientifica_upla_vol_umen_3_numero_2_final/9
22. Oscco O, Bendezú C, Escajadillo N. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de Ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público De Pisco, Perú 2010 [Tesis de Post grado]. Perú. Rev. Méd. Panacea. 2011. Disponible en: www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIADELROSARIOTASAYCOHUANCA.pdf
23. Spielberger, C. D. Corrientes Tendencias en la teoría e investigación sobre la ansiedad. U.S.A. Ed. New York: Academic Press. 1972.
24. Spielberger, C. D. La ansiedad como un estado emocional. U.S.A. Ed. New York: Academic Press. 1972.

25. Alfaro Rojas AK, Atria Machuca RP. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. Chile. 2009. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
26. Ortiz Gonzales A. Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización, investigación, intervención, programas y técnicas. Disponible: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/09/articulo-11-vol3-n3.pdf>
27. Benito M.P., Simón M.J., Sánchez A., Matachana M. Estrés y ansiedad. En: Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid. Cuidados Auxiliares de enfermería – Grado Medio . Estrés y ansiedad. Mc Graw Hill interamericana de España. 2010. Disponible en : <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
28. Ávila Morales JE. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. Perú. 2006. Disponible en : <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml>

29. Graig J. Las Etapas del Desarrollo. México. Año 2009. Disponible en:

http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscII/MD1/MD1-L/etapas_desarrollo.pdf

30. Pineda E.B., De Alvarado E.L., De Canales F. H. Metodología de la investigación. Segunda Edición. E.U.A. Organización Panamericana de la Salud. 1994. Pág 81.

31. Hernández González E. Ansiedad Infantil Ante La Hospitalización Y Cirugía. Psicología online. [Serie en internet] 2009. [Citada el 25 de Agosto del 2014]. Vol 01. Disponible en : <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/ansiedad-infantil-ante-hospitalizacion.html>

32. Castrillón D, Borrero P. Validación del inventario de ansiedad estado rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. Scielo. [Serie en internet]. 2005. [Citada el 12 de Agosto del 2014]. Vol 08. (01). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100005

33. Behrman, R. E., Kliegman R., Behrman R. Nelson Tratado de Pediatría. 17° Edición. España. McGraw-Hill Interamericana de España. 2004.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°doy autorización para que mi menor hijo:participe en la investigación para lo cual se me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento, así como la posibilidad de tratamientos alternativos se ha referido a las consecuencias del no tratamiento, realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se le realice el estudio de **“Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría del Hospital Hipólito Unanue Tacna - 2014”**. Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

NOMBRE DEL NIÑO
(A):.....

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/APODERADO:
.....

DIRECCIÓN:
.....

FECHA:/...../ 2014

.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

.....
Firma del profesional
DN

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO DE “NIVEL DE ANSIEDAD EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA 2014”

1. Mediante el presente estudio queremos saber si Ud. Padre de familia sabe si su hijo menor de edad tiene algún factor que hace que su hijo presente algún tipo de nivel de ansiedad, y su posterior aumento en relación a la duración de su hospitalización. En este momento no sabemos si su hijo presenta algún nivel de ansiedad o si está relacionado con su hospitalización que en adelante podría verse afectado en su recuperación.
2. El propósito del estudio es para poder determinar el nivel de ansiedad encontrado en relación a la permanencia hospitalaria del niño, también permitirá a la enfermera intervenir en la ansiedad del niño de acuerdo a las etapas en las que se identifica el mayor nivel de ansiedad para de esa manera se logre que el proceso de adaptación a la hospitalización y en sí su estadía en el servicio sea más corta.
3. Usted conocerá si su menor hijo presenta ansiedad y el nivel en que ésta se presenta así como su relación con el tiempo de hospitalización en el Servicio de Pediatría. Este análisis es completamente gratuito y estrictamente confidencial.
4. Usted vera que su hijo menor no tendrá ningún tipo de riesgo de salud ni molestia
5. durante la aplicación del Test.

6. Ud. Y su menor hijo no está obligados a participar en el estudio. Nadie se va a fastidiar o molestar. La participación es completamente voluntaria y libre. Cualquier consulta comuníquese con la investigadora Srta Lisseth Condori Siles.

ANEXO N° 02
CUESTIONARIO DE STAIC

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC)

INSTRUCCIONES

Primera Parte:

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

Segunda Parte:

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

Sexo: F() M()

Tiempo de Hospitalización:

Edad:

PRIMERA PARTE

1 Me siento calmado	1	2	3
2 Me encuentro inquieto	1	2	3
3 Me siento nervioso	1	2	3
4 Me encuentro descansado	1	2	3
5 Tengo miedo	1	2	3
6 Estoy relajado	1	2	3
7 Estoy preocupado	1	2	3
8 Me encuentro satisfecho	1	2	3
9 Me siento feliz	1	2	3
10 Me siento seguro	1	2	3
11 Me encuentro bien	1	2	3
12 Me siento molesto	1	2	3
13 Me siento agradable	1	2	3
14 Me encuentro atemorizado	1	2	3
15 Me encuentro confuso	1	2	3
16 Me siento animoso	1	2	3
17 Me siento angustiado	1	2	3
18 Me encuentro alegre	1	2	3
19 Me encuentro contrariado	1	2	3
20 Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1 Me preocupa cometer errores	1	2	3
2 Siento ganas de llorar	1	2	3
3 Me siento desgraciado	1	2	3
4 Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5 Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6 Me preocupo demasiado	1	2	3
7 Me encuentro molesto	1	2	3
8 Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9 Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10 Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11 Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12 Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13 Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14 Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15 Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16 Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3
17 Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18 Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19 Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20 Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

ANEXO N° 03

TABLA N° 04

**DISTRIBUCION POR EDAD DE NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T
TACNA 2014**

<i>EDAD</i>	<i>N°</i>	<i>PORCENTAJE</i>
7	6	24,00
8	3	12,00
9	4	16,00
11	12	48,00
<i>Total</i>	25	100,00

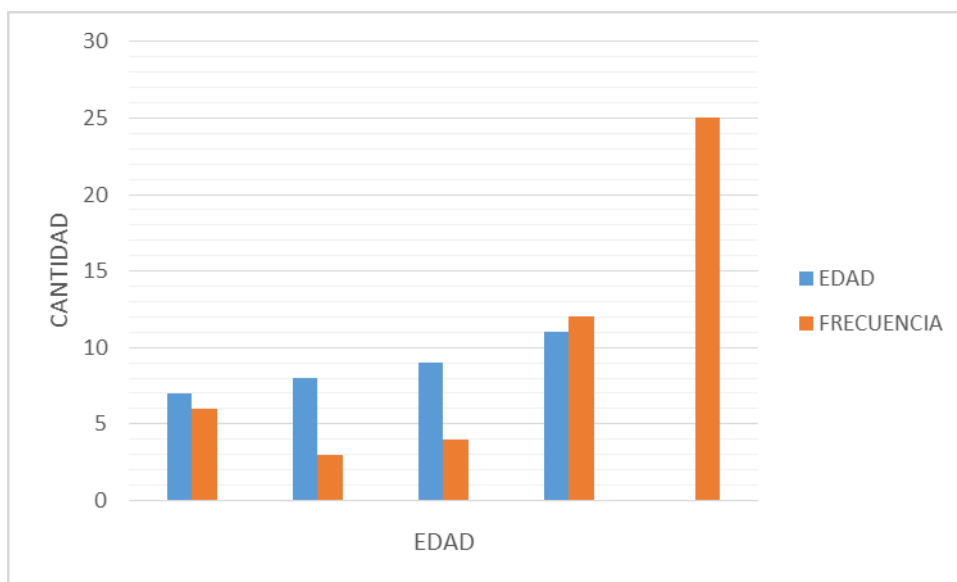
Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

DESCRIPCION:

En la tabla N°01 se observa que el mayor porcentaje en cuanto a edad de los niños participantes del estudio fueron de 11 años con un 48%, seguido de niños de 7 años de edad con un 24%, continuando con niños de 9 años con un 16%, y finalmente niños de 8 años con un 12%.

GRAFICO N° 04
DISTRIBUCION POR EDAD DE NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T
TACNA 2014



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

TABLA N° 05
DISTRIBUCION POR SEXO DE NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T
TACNA 2014

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Femenino	8	32.00
Masculino	17	68.00
Total	25	100.00

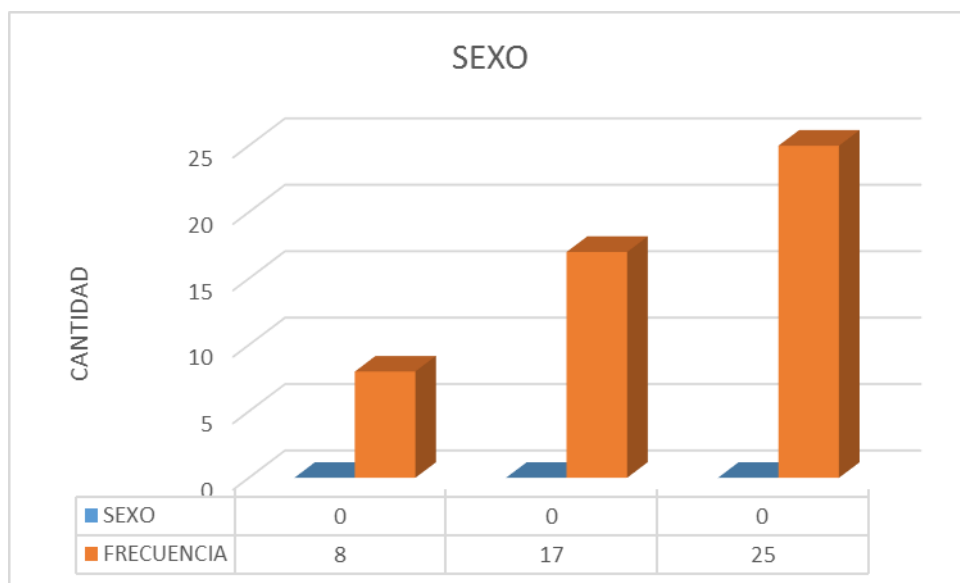
Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014
Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

DESCRIPCION:

En la tabla N°02 se observa que el mayor porcentaje de niños participantes del estudio fueron del sexo masculino con un 68%, seguido del sexo femenino con un 32%.

GRAFICO N° 05

DISTRIBUCION POR SEXO DE NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

TABLA N° 06

ADMISIONES PREVIAS DE NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014

ADMISIONES PREVIAS	N°	PORCENTAJE
Si	3	12,00
No	22	88,00
Total	25	100,00

Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

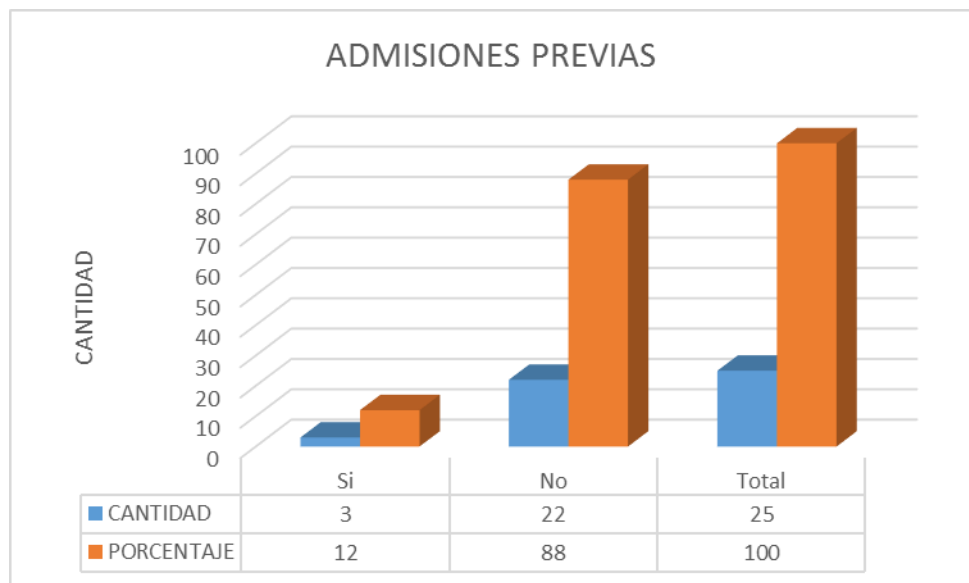
Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

DESCRIPCION:

En la tabla N°03 se observa que el mayor porcentaje de niños con admisiones previas fueron negativas con un 88%, seguido de las afirmativas con un 12%.

GRAFICO N° 06

ADMISIONES PREVIAS DE NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL H.A.H.U.T TACNA 2014



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

TABLA N°07

**RELACION ENTRE LA ANSIEDAD ESTADO Y LA EDAD OBTENIDOS EN
LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE STAIC A NIÑOS DE 7 A
11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA**

Edad En Años	Ansiedad estado				Total	
	Medio		Alto			
	N°	%	N°	%		
7	3	50,00 %	3	50,00 %	6	100,0 0%
8	3	100,0 0%	0	.0%	3	100,0 0%
9	4	100,0 0%	0	.0%	4	100,0 0%
11	12	100,0 0%	0	.0%	12	100,0 0%
Total	22	88,00 %	3	12,00 %	25	100,0 0%

X²=10,975

p=0,013 < 0,05

Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

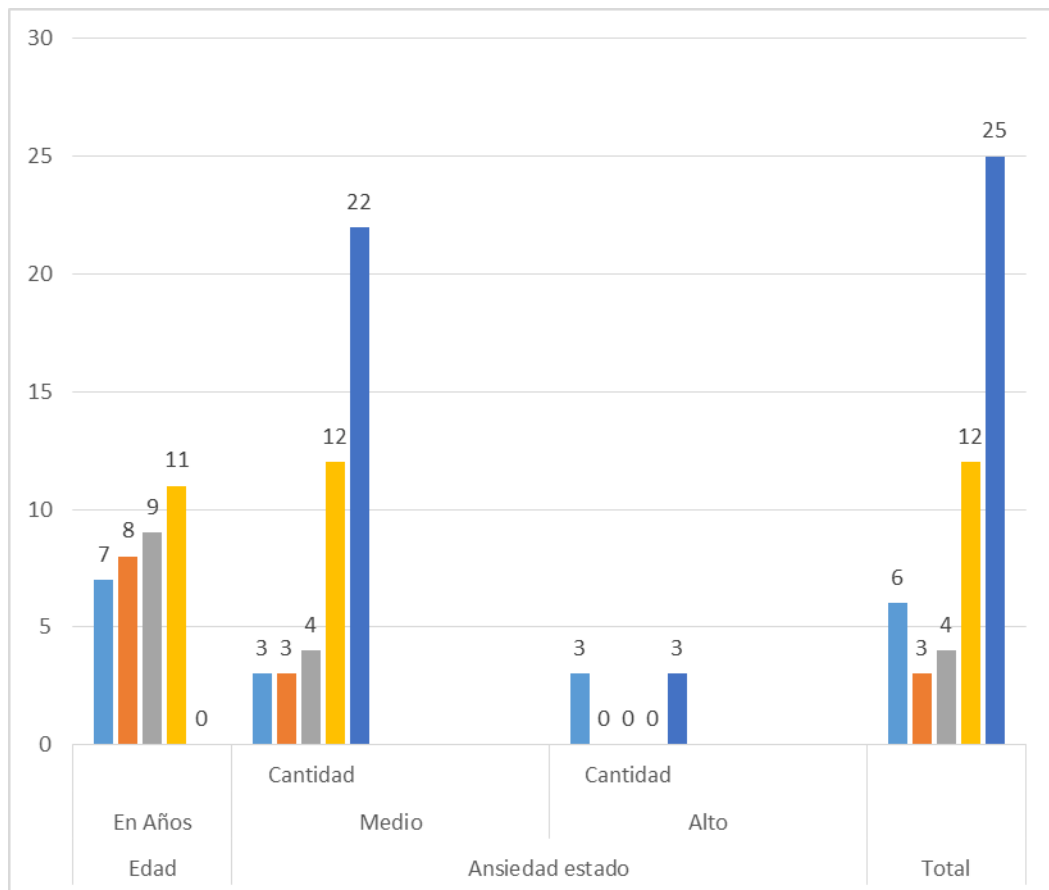
INTERPRETACION:

En el presente cuadro se observa que los niños de 11 años ocupan el mayor porcentaje de nivel de ansiedad medio con una cantidad de 12 pacientes,

en cambio los niños de 7 años ocupan la totalidad de casos con nivel de ansiedad alta con una cantidad de 3 pacientes. Se concluye que hay relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

GRAFICO N° 07

RELACION ENTRE LA ANSIEDAD ESTADO Y LA EDAD OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE STAIC A NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

TABLA N° 08

**RELACION ENTRE LA ANSIEDAD ESTADO Y EL SEXO OBTENIDOS
EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE STAIC A NIÑOS DE 7 A
11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA**

SEXO	Ansiedad estado				Total	
	Medio		Alto		medio	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	8	100.0%	0	.0%	8	100.0%
Femenino	14	82.4%	3	17.6%	17	100.0%
Total	22	88.0%	3	12.0%	25	100.0%

X²=1,604

p=0,205 > 0,05

Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

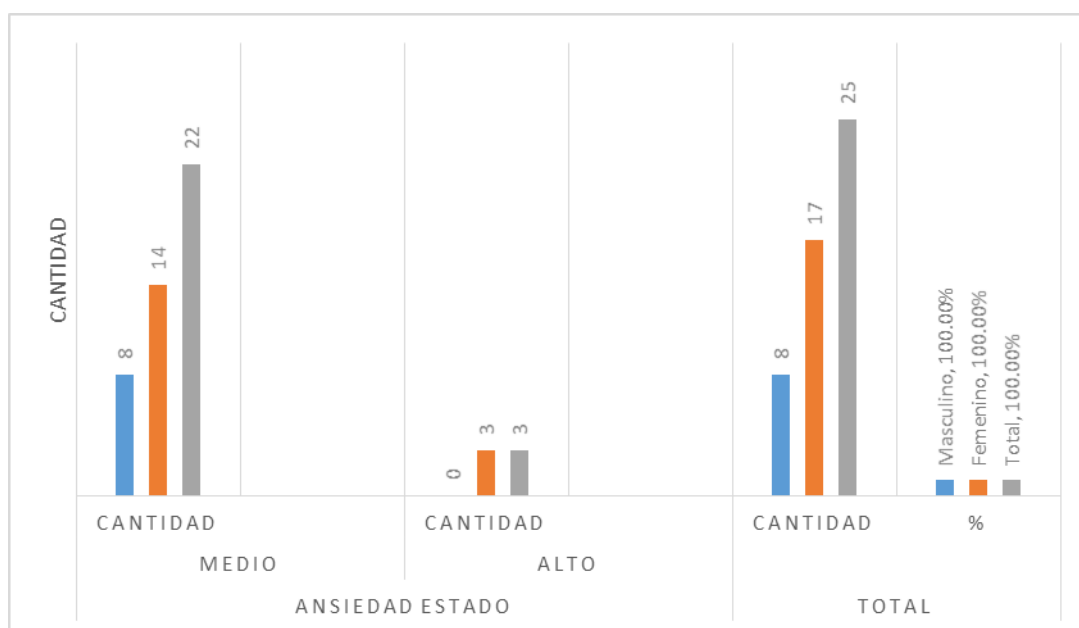
INTERPRETACION:

En el presente cuadro se observa que el sexo masculino en su totalidad tiene nivel de ansiedad medio con 8 pacientes, en cambio en el sexo femenino un 82.4% tienen nivel de ansiedad medio mientras que un 17.6%

tienen nivel de ansiedad alto. Se concluye que no hay relación estadísticamente significativa por prueba de Chi cuadrado.

GRAFICO N° 08

RELACION ENTRE LA ANSIEDAD ESTADO Y EL SEXO OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE STAIC A NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA



Fuente: H.A.H.U.T.- Servicio de Pediatría 2014

Elaborado por: Ruiz A, Grau J, Fumero A, Vizcaíno M, Martín M, Prado F – STAIC 2014

ANEXO N° 04

Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos

Validation of the State-Trait Anxiety Inventory for Children in Cuban adolescents

*Alexis Lorenzo Ruiz¹, Jorge Grau Abalo², Angelina Fumero Madam¹,
María de los A. Vizcaíno Londián³, Martha Martín
Carbonell y Francisco C. Prado Torres⁵*

RESUMEN

Existe una amplia variedad de conceptualizaciones e instrumentos sobre la ansiedad. Fue Charles D. Spielberger, en 1966, quien destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado) y como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo). De conformidad con esta distinción, desarrolló el State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) para el estudio de la ansiedad en niños estadounidenses. En el presente trabajo se utilizó su variante española IDAREN (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños) para estudiar su validez y confiabilidad en una muestra de adolescentes cubanos. Se

corroborar su valor para el diagnóstico de la ansiedad en dicha población infantil, lo cual se ha seguido demostrando en diferentes investigaciones realizadas durante los últimos diez años en distintas áreas.

Palabras clave: Ansiedad infantil; Ansiedad-estado; Ansiedad-rasgo.

ABSTRACT

There are many different conceptualizations and instruments for the study of anxiety. Ch. D. Spielberger, in 1966, established the necessity to distinguish the transitory emotional state (state-anxiety) and the relative stable characteristic of the personality (trait-anxiety). According to this distinction, he developed the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), to study anxiety in American children. In this article, the IDAREN, a Spanish variant of the STAIC, was used to study its validity and the reliability in a sample of Cuban adolescents. This inventory represents a suitable psycho-diagnostic instrument in the last ten years in several areas.

Key words: Infantile anxiety; State-anxiety; Trait-anxiety.

INTRODUCCIÓN

Los psicólogos de la salud se encuentran constantemente ante el problema de la insuficiente validación de sus instrumentos psicodiagnósticos. Por otra parte, la ansiedad es una preocupación constante de maestros, padres, de los propios niños y, por supuesto, de los profesionales de la salud. De hecho, el estudio de la ansiedad constituye unos de los problemas más importantes para las ciencias médicas y psicológicas en los últimos años, al cual se le han dedicado numerosos trabajos en el campo de las alteraciones emocionales (Cañizares, Rodríguez y Grau, 1984; Castellanos, Grau y Martín, 1986; Grau, 1982; Grau y Martín, 1989; Janin, 1978; Levitov, 1989; Vasiliuk, 1981, entre muchos otros). A pesar de ello, en la mayoría de las teorías contemporáneas de personalidad la conceptualización y medición de la ansiedad han sido fuente de controversias teóricas y de hallazgos contradictorios, y el término se ha utilizado en forma indistinta y confusa para referirse a conceptos diferentes. Se le ha considerado como “el fenómeno fundamental y central de la neurosis” (Freud, 1936) y muchos autores se han referido a la ansiedad como uno de los fenómenos psicológicos más impactantes de nuestro tiempo (Grau, 1982); por ende, se ha construido una amplia variedad de instrumentos para su diagnóstico.

Fue Charles D. Spielberger (1966, 1985) el investigador que, partiendo de los trabajos de Cattell (1966), destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo) y como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado). Consecuentemente, él y sus colaboradores desarrollaron el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (en español, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, o IDARE) para obtener medidas de ansiedad en adultos estadounidenses y de habla hispana (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). En 1973, Spielberger y sus colaboradores diseñaron el State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) para evaluar la ansiedad en niños estadounidenses de escuelas elementales, cuya versión española (IDAREN) fue traducida y adaptada por el psicólogo puertorriqueño J.J. Bauermeister y sus colaboradores (Bauermeister, Colón, Villamil y Spielberger, 1986; Bauermeister, Huergo, García y Otero, 1988).

En Cuba se ha trabajado paralelamente esta temática en el marco de las investigaciones sobre el “cuadro interno de las enfermedades” y como parte del llamado “enfoque personal en el estudio del proceso de estrés” (Cañizares y cols., 1984; Castellanos y cols., 1986; Grau, 1982; Grau y Martín, 1989; Grau, Martín y Portero, 1990, 1991, 1993; Grau y Portero, 1984; Guimaraes, Grau y Martín, 1992). Sin embargo, eran insuficientes los

estudios sobre la ansiedad en la población infantil a pesar de que se reconoce que las necesidades y exigencias de la educación integral de la personalidad infantil —especialmente en el trabajo con adolescentes— demandan un amplio campo de investigación en los “problemas en el ajuste del sujeto a su ambiente (familiar, escolar, o social), ya que todo el conjunto (sujeto y entorno) puede sufrir de sus consecuencias de índole psicoso-cial” (Janin, 1978; Levitov, 1989; Reikowsky, 1979; Vasiliuk, 1981). Ciertamente es que la psicología de la salud infantil y juvenil dispone de instrumentos que evalúan áreas muy distintas (percepción, funcionamiento intelectual, volición y temperamento, etc.), y que algunos de ellos pueden identificar la variable “inestabilidad emocional” o las de “ajuste—ansiedad” y sus manifestaciones o secuelas (insomnio, quejas psicosomáticas, actos inmorales, reacciones, inhibiciones, etc.) y su influencia negativa en el desarrollo de la personalidad (Pérez-Villar, 1968; Reykowsky, 1979; Vasiliuk, 1981); aun así, se carece de instrumentos validados en el medio cubano para el diagnóstico de la ansiedad en adolescentes.

Los presentes autores han dirigido sus esfuerzos a estudiar las características del IDAREN buscando la posibilidad de introducir en el arsenal psicodiagnóstico esta herramienta relativamente nueva, pero de reconocida calidad y confiabilidad. Este ha sido apenas el comienzo de

una línea de investigación estructurada en varias etapas, cuyo objetivo final es su validación en la población infantil cubana. El trabajo que se presenta muestra las bases y resultados de dicha línea.

MÉTODO

Muestra

Todas las aplicaciones iniciales del IDAREN se llevaron a cabo de forma grupal de acuerdo a los grados escolares (octavo y noveno), en escuelas secundarias básicas de la ciudad de La Habana. En su aplicación, los examinadores se refirieron consistentemente al instrumento y a sus escalas como un “inventario de autoevaluación”, que es precisamente el título impreso en el protocolo. La muestra en estos primeros estudios estuvo constituida por 571 alumnos aparentemente sanos, de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años y un promedio de 14 años. De ellos, 270 fueron varones (47.3%) y 301 mujeres (52.7%).

Variables

La *ansiedad-estado* fue definida como una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjeti-

vos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La *ansiedad-rasgo* se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Grau y cols., 1993; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger, 1966, 1985; Spielberger y cols., 1982; Spielberger, Edwards y Lushene, 1990).

Instrumentos

Como ya se ha dicho, se seleccionó para el estudio la variante del STAIC en su adaptación española: el IDAREN (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Spielberger y cols., 1990), cuya confiabilidad y validez quedó demostrada en las investigaciones de estos autores; dicha variante reunía las condiciones y requerimientos técnicos y metodológicos necesarios para su aplicación y posterior utilización en una población similar.

El IDAREN es un inventario autodescriptivo sub-dividido en dos partes. La

primera pretende medir la ansiedad como *estado* (escala de estado), con veinte proposiciones y tres posibles respuestas: “nada”, “algo” y “mucho”, valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente; en las instrucciones se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento, “ahora mismo”. En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como *rasgo* (escala de rasgo); también tiene veinte proposiciones con tres posibles respuestas: “casi nunca”, “a veces”

y “a menudo”, valoradas desde 1 hasta 3; sin embargo, las instrucciones indican aquí que los sujetos describan como se sienten “generalmente” (ver Anexo).

Procedimiento

La calificación del IDAREN se llevó a cabo teniendo en cuenta la experiencia de otros autores. Los posibles valores varían desde una puntuación mínima de 20 hasta una máxima de 60 en ambas escalas. Algunos de los reactivos (ítems) del IDAREN (por ejemplo, “Me siento nervioso”) están formulados de tal manera que una valoración “alta” indica un alto nivel de ansiedad —o sea, son directos—, mientras que otros (por ejemplo “Me siento calmado”) están elaborados de tal forma que una

valoración de 3 o “alta” indica un bajo nivel de ansiedad (esto es, son inversos). Los reactivos inversos sólo aparecen en la escala de estado y no en la de rasgo, donde todos los reactivos son “directos”.

A efecto de calificar el IDAREN, se realizaron los siguientes pasos: 1) se introdujeron los resultados de cada inventario en una minicomputadora personal; 2) se procesaron para obtener los valores totales directos (positivos) e inversos (negativos), añadiéndose en el caso de la escala de estado la constante apropiada a la diferencia entre los ítems “directos” y los “inversos”; en la escala de rasgo se sumaron todos los valores solamente, y 3) se hizo el procesamiento estadístico de los resultados obtenidos en el paso anterior a través de los paquetes computarizados Microstat y Statgraf.

La investigación se llevó a cabo en el municipio Habana del Este de La Habana. En coordinación con la Dirección del Ministerio de Educación.

En el territorio, se seleccionaron dos escuelas secundarias básicas urbanas ubicadas en el reparto Alamar. En reuniones con sus claustros de profesores se debatieron las características del trabajo a realizar y se solicitó su colaboración, tras de lo cual se realizó la primera aplicación del IDAREN. También se realizaron evaluaciones con criterios externos por

parte de jueces (profesores y alumnos). Anastasi (1970) plantea que para obtener información confiable acerca de la posesión de un rasgo o cualidad por un individuo no hay nada mejor que el criterio de sus allegados. Por esa razón, se consideró el criterio de personas cercanas en el papel de jueces, procedimiento eficaz para obtener datos acerca de la validez empírica de la ansiedad-rasgo de cada individuo. En estas evaluaciones se les pide a los profesores clasificar a sus alumnos por nivel de ansiedad personal (rasgo) en tres escalas: “alta” (3), “media” (2) y “baja” (1), brindándose previamente una exhaustiva explicación de las características de la ansiedad. En el caso de los alumnos, se les pidió que evaluaran a sus compañeros de grupo según la escala anterior, previa explicación de los parámetros que debían tener en cuenta, los cuales podían visualizar durante la ejecución de la evaluación, donde “alta” se consideraría para aquel alumno marcadamente intranquilo, nervioso, distraído, que no logra conciliar el sueño; con frecuentes onicofagia, manías o tics; con saltos en epigastrio; vómitos, mareos, cefaleas y demás; una evaluación “media” tendría en cuenta manifestaciones similares a las anteriores, pero con carácter ocasional o infrecuente, y sería “baja” cuando se observaran estas manifestaciones de forma aislada y con menor frecuencia. Un procedimiento similar se utilizó en la validación cubana de la escala de ansiedad-rasgo del STAI (IDARE) en una población

de adultos (Castellanos y cols., 1986).

La segunda aplicación del IDAREN (retest) se llevó a cabo semanas después. Sin embargo, en esta ocasión la muestra inicial fue reagrupada y se formaron dos conjuntos que reunían proporcionalmente a alumnos de octavo y noveno grado. Esto se hizo así para introducir en una de las agrupaciones una “instrucción amenazante”, siguiendo la metodología de Bauermeister y cols. (1986, 1988), Spielberger (1985) y Spielberger y cols. (1982), que consistió en la siguiente proposición: “Al contestar la encuesta, imagínense cómo se sentirían si les informasen que han suspendido un examen importante y necesario para ser promovido de grado. Imagínen también que el director de la escuela los ha mandado a llamar y que en la dirección se encuentran sus padres, los cuales están sumamente molestos”. El objetivo de tal instrucción era crear las condiciones necesarias para medir la estabilidad de las puntuaciones del IDAREN en la muestra. En la Tabla 1 se señala la distribución de la muestra en el retest por sexo y tipo de instrucción.

RESULTADOS

Las medidas, desviaciones típicas, mínimos y máximos del test IDAREN se muestran en la Tabla 2

Tabla 1. Estructura de la muestra en el retest del IDAREN.

	INSTRUCCIÓN NORMAL		INSTRUCCIÓN AMENAZANTE	
	N	%	N	%
Varones	147	54.4	123	45.6
Mujeres	158	52.5	143	47.5
Total	305	53.4	266	46.6

Nota: Los porcentajes totales están referidos a muestra en su conjunto (n = 571).

Tabla 2. Medidas, desviaciones típicas, mínimos y máximos del test IDAREN.

	ANSIEDAD-ESTADO		ANSIEDAD-RASGO	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
n	270.00	301.00	270.00	301.00
Medidas	30.34	31.82	33.85	35.85
Desviación típica	6.73	7.34	5.55	6.17
Mínimo	20.00	20.00	22.00	21.00
Máximo	49.00	54.00	60.00	57.00

Las medidas de las puntuaciones en las escalas de estado y rasgo se analizaron a través de pruebas *t*. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones obtenidas por los adolescentes de octavo y noveno grados en ambas escuelas. Como se observa en la tabla anterior, las medias de las puntuaciones en las escalas de estado y rasgo fue mayor en las mujeres. Estos resultados son coincidentes con los de otros estudios similares del IDAREN (Bauermeister y cols., 1986; 1988; Spielberger y cols., 1990).

La confiabilidad del IDAREN se examinó a través del método de test-retest.

Los resultados obtenidos se resumen en la Tabla 3, que presenta los coeficientes de correlación momento-producto de Pearson, comparándose estos resultados con los obtenidos en los estudios originales. Los coeficientes obtenidos en la ansiedad-estado no son elevados, pero pueden considerarse satisfactorios para un instrumento de medida con tiempo de test-retest relativamente corto. Si se tiene en cuenta que los estudios originales de test-retest se hicieron con seis semanas de intervalo entre la aplicación del test y del retest, mientras que en los presentes fue de catorce semanas —además de que los estados de ansiedad tienen un carácter transitorio—, no es de extrañar la obtención de indicadores más bajos; sin embargo, como cabría esperar, los coeficientes de la ansiedad-rasgo son superiores. Al comparar los resultados de los estudios originales con los del que aquí se describe, pudiera afirmarse que los coeficientes conseguidos parecen ser suficientemente consistentes en ambas culturas. A similares conclusiones arribaron Bauermeister y cols. (1986, 1988) en sus estudios de validación del IDAREN con niños puertorriqueños y panameños. Los resultados de los estudios de validez de constructo se han resumido en las Tablas 4 y 5.

Tabla 3. Análisis de la confiabilidad del IDAREN (coeficientes de Pearson).

ESTUDIOS ORIGINALES				ESTUDIOS CUBANOS			
Grupo	n	A-E	A-R	Grupo	n	A-E	A-R
Varones	132	Test-retest 0.31	Test-retest 0.65	Varones	270	Test-retest 0.34	Test-retest 0.59

Mujeres	114	Test-retest 0.47	Test-retest 0.71	Mujeres	301	Test-retest 0.48	Test-retest 0.68
---------	-----	---------------------	---------------------	---------	-----	---------------------	---------------------

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la escala de estado.

INSTRUCCIÓN NORMAL				INSTRUCCIÓN AMENAZANTE			
Grupo	n	Media	Desv. Típica	Grupo	n	Media	Desv. Típica
Varones	147	31.05	6.60	Varones	123	40.05	10.23
Mujeres	158	32.37	8.50	Mujeres	143	45.50	10.25

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas obtenidas en la escala de rasgo.

INSTRUCCIÓN NORMAL				INSTRUCCIÓN AMENAZANTE			
Grupo	n	Media	Desv. Típica	Grupo	n	Media	Desv. Típica
Varones	147	33.51	6.83	Varones	123	34.84	6.22
Mujeres	158	35.68	7.69	Mujeres	143	37.14	6.99

La media de la puntuación total para la escala de estado (ver Tabla 4) fue significativamente más alta ($p < 0.05$) en la condición de “instrucción amenazante” que en la de “instrucción normal”, observándose en las mujeres un aumento más significativo que en los hombres; este resultado coincide también con los obtenidos en anteriores estudios (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Spielberger y cols., 1990).

En cuanto a los reactivos (ítems) de la escala de estado, cada uno de ellos discriminó significativamente entre las condiciones normales y amenazantes: todos los reactivos positivos (ítems directos) aumentaron sus valores promedio en las condiciones amenazantes, mientras que en todos los casos los negativos (ítems inversos) los disminuyeron, tanto en uno como en otro sexo. En otras palabras, los resultados permiten inferir la validez de constructo de la escala de estado, pues hay respuestas significativas ante las condiciones amenazantes.

Por otra parte, al observar los resultados de la escala de rasgo (ver Tabla 5), la media de puntuación total no obtiene cambios significativos al hacerse la comparación entre las instrucciones “amenazante” y “normal”, mostrando las mujeres una estabilidad relativamente menor. Similares re-

sultados se observan en la literatura especializada revisada (Bauermeister y cols., 1986, 1988; Díaz Guerrero, Spielberger, 1975; Natalicio y Natalicio, 1971; Spielberger y cols., 1990). Como complemento de lo anterior, al observar el comportamiento de los reactivos de la escala de rasgo se constata que todos tienen aumentos no significativos, lo cual coincide con las puntuaciones medias de la escala. Sin embargo, llama la atención la estabilidad que mantienen todos los ítemes, independientemente del sexo, en cuanto al lugar que ocupan sus valores promedio. Esos resultados demuestran lo esperado, ya que la escala de rasgo se diseñó para medir diferencias relativamente estables en cuanto a la predisposición de sentir ansiedad y no estados transitorios de ésta.

Los resultados del estudio de validez concurrente, realizado con el criterio de jueces (profesores y alumnos), al no disponerse en Cuba de otro instrumento validado que mida variables similares en la adolescencia, se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Evaluaciones contra criterio de jueces (%).

Evaluaciones de Ansiedad-Rasgo	Alumnos		Profesores		Promedio	
	n	%	n	%	n	%
Baja (1)	100	17.54	25 7	44.91	77	13.51

Media (2)	333	58.25	12 3	21.59	368	64.56
Alta (3)	138	24.21	19 1	33.51	126	21.93

Nota: la muestra total fue de alumnos evaluados.

Puede apreciarse que es mayor el promedio de las evaluaciones medias en la evaluación de los alumnos, y que en el caso de los profesores pre-dominan las evaluaciones bajas; es decir, en comparación con los profesores, los alumnos evalúan a sus coetáneos como más ansiosos. Resultó llamativo el que las evaluaciones más altas de ansiedad correspondieran siempre a los varones; sin embargo, debe tenerse en cuenta que los puntajes tendieron en todos los casos a un nivel medio.

Al correlacionar los resultados de las evaluaciones de jueces con las puntuaciones obtenidas en la escala de rasgo (autoevaluación), se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas, tanto para el total de la muestra como por sexos. De esta forma queda establecida la validez concurrente de la escala de rasgo del IDAREN para la población estudiada.

Finalmente, una vez obtenidas y analizadas las puntuaciones directas en ambas escalas, es necesario interpretarlas con sentido diagnóstico. Se decidió en consecuencia una tipificación o normalización preliminar que

se ajusta al carácter empírico de tales distribuciones, esto es, se normalizaron las puntuaciones derivadas a partir de las frecuencias observadas en intervalos de una unidad de amplitud. Atendiendo a que el ámbito de aplicación es escolar, se empleó la Escala de Rasgos Percentiles del tipo ordinal desde 1 a 99. Este tipo de escala es similar a otras, también muy utilizadas en la atención psicológica, como por ejemplo subdividir estos valores en niveles, de forma similar al Inventario de Ansiedad para Adultos (STAI/IDARE de Spielberger). La distribución preliminar por niveles de los resultados de ansiedad obtenidos en esta muestra poblacional infantil se muestra en las Tablas 7 y 8.

Tabla 7. Distribución preliminar de puntuaciones promedio de la escala de estado por niveles.

NIVELES	VARONES	MUJERES	POBLACIÓN TOTAL
Baja	23.61	23.48	24.05
Media	30.34	31.82	31.08
Alta	37.07	39.16	38.12

Tabla 8. Distribución preliminar de puntuaciones promedio de la escala de rasgo por niveles.

NIVELES	VARONES	MUJERES	POBLACIÓN TOTAL
Baja	28.80	29.68	28.99
Media	33.85	35.85	34.85
Alta	39.40	42.02	40.71

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permitieron introducir, de forma preliminar, el

Inventario de Autoevaluación Rasgo-Estado (IDAREN) como un instrumento más de psicodiagnóstico infantil y juvenil, y así continuar el trabajo de validación y aprobación con sus puntuaciones totales agrupadas por niveles. Se recomendó la presentación de todos estos re-sultados en la forma de un manual de aplicación del IDAREN para la población cubana, actualmente en preparación.

A lo largo de los diez años transcurridos des-de su validación preliminar, la versión cubana del IDAREN se ha incorporado y utilizado en diferen-tes servicios de psicología infantil y juvenil en el país. En esta década, lo primero que se hizo fue repetir el estudio de validación en una muestra de adolescentes de una zona rural de la provincia Habana (Llanes, Lorenzo y Vizcaíno, 1994), cuyos resultados fueron similares a los obtenidos por los adolescentes encuestados en la población urbana de la capital cubana.

Dada la importancia de la autovaloración como cualidad de la personalidad que constituye una de las esferas con mayores incidencias en el desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente, se optó por evaluarla y correlacionar sus alteraciones en comparación con los resultados de las aplicaciones del IDAREN (Morales y Lorenzo, 1993); de

hecho, se obtuvieron correlaciones altas, estadísticamente significativas, entre las inadecuaciones de la autovaloración y el desarrollo como tal de la personalidad en formación, con las más llamativas autoevaluaciones de la ansiedad (estado y rasgo).

En la búsqueda y definición de diferentes acciones sanitarias en diversas instituciones en el contexto del proceso de intervención de la psicología de la salud, la psicopedagogía, la psiquiatría infantil y otras especialidades afines, resulta imprescindible determinar la magnitud de las alteraciones psicopatológicas del niño y del adolescente. Las alteraciones propias de la ansiedad se hallan entre las que tienen una mayor incidencia en la clínica. Por estas razones, se diseñó y desarrolló la aplicación del IDAREN en una población infantil en edades entre 9 y 16 años, atendida en el Hospital Pediátrico Docente de la Ciudad de La Habana "William Soler", la cual se destacaba por sus alteraciones y trastornos psicoemocionales, así como en infantes de las áreas de la salud de diferentes comunidades de referencia (Vizcaíno y Lorenzo, 1994). Aquí, los casos con mayores alteraciones psicoemocionales coinciden con los de mayores niveles de ansiedad en el IDAREN, tanto en la escala de rasgo como la de estado, lo cual se ratifica en los resultados de un estudio realizado en una población urbana atendida en

una consulta especializada de psiquiatría y psicología infantil (Mayor y Lorenzo, 1994).

El paciente asmático severo, con varios años de evolución y múltiples complicaciones en la infancia, está caracterizado además por la presencia de altos niveles de ansiedad. Se realizaron varios estudios con aplicaciones del IDAREN en el Centro de Rehabilitación para el Niño Asmático y Diabético "Celia Sánchez Manduley", ubicado en Tarará, en la ciudad de La Habana, en una zona que ecológicamente se reconoce como ideal para la rehabilitación integral de estos enfermos. En dicha población infantil asmática resaltan los altos valores de ambas escalas del IDAREN, los cuales son estadísticamente significativos al correlacionar los resultados de las autoevaluaciones de los propios niños con los de sus madres y educadoras (Lorenzo, 1996a). Luego se estudió la correspondencia de la prevalencia de altos valores de la ansiedad de estos encuestados con la existencia de disfunción marcada en el funcionamiento familiar en la mayoría de los casos (Lorenzo, 1996b).

Al investigar en un área de atención primaria a una población de diabéticos insulino-dependientes, ellos exhibían ansiedad (como rasgo) en el debut de su enfermedad; se puso de manifiesto la influencia

negativa de tal variable en el curso y evolución de la enfermedad crónica (ansiedad-estado); todo ello se reflejó en los valores de las autoevaluaciones del IDAREN (Reyes y Lorenzo, 1996).

Otra entidad pediátrica con un significativo reflejo de los factores psicosociales —entre ellos la ansiedad— es el problema del dolor en la infancia. Para ello, se evaluó la prevalencia de los valores de la ansiedad en pacientes atendidos por los Servicios de Gastroenterología, Cirugía, Clínica del Dolor, Psiquiatría y Psicología del Hospital Docente Pediátrico “William Soler”, portadores de un dolor abdominal recurrente (Vizcaíno, Lorenzo y García, 1996). Una vez más, los altos índices en las escalas de ansiedad del IDAREN correlacionaron con aspectos psicoemocionales negativos y su repercusión en el proceso salud-enfermedad en los casos con dolor abdominal recurrente.

La vinculación de las ciencias psicológicas con la estomatología hizo posible participar en un estudio realizado a un grupo de adolescentes con disfunción temporo-mandibular (DTM) en una provincia del interior del país (Castillo y Lorenzo, 1993); se observó cómo las alteraciones de tipo ansioso evaluadas (tanto rasgo como estado) correlacionaron significativamente con el curso de la DTM; los resultados del tratamiento ortodóncico y psicoterapéutico se vieron favorecidos en los casos con

bajos niveles de ansiedad, pero lo contrario se halló en los pacientes con los mayores valores de ansiedad.

La metodología expuesta ha servido durante estos años para desarrollar otros estudios dirigidos a la validación de diferentes instrumentos psico-diagnósticos para la población infantil y juvenil.

Así se hizo en la validación cubana de un cuestionario dirigido a identificar las figuras de apego en la infancia, enmarcado en un proyecto de educación sanitaria en la esfera sexual, con el objetivo de evaluar las características de la empatía y sus dimensiones (Cuesta, Bonet, Lorenzo y Salazar, 1997). La validación del Inventario de Depresión Rasgo-Estado para Niños (IDEREN), una variante del Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), construido y validado en Cuba desde 1989 (Ramírez, Grau, Martín y Grau, 1989), transcurrió de forma similar a la validación del IDAREN, tanto en una población cubana de adolescentes como en encuestados procedentes de zonas damnificadas por las consecuencias del desastre nuclear de Chernobyl, atendidos por el equipo de trabajo de los presentes autores en Cuba y en el territorio

de Ucrania (Lorenzo, 2000).

CONCLUSIONES

En todo el proceso de validación del IDAREN en Cuba se demuestra ampliamente que:

- La escala de estado resultó útil para la evaluación de los cambios transitorios de la ansiedad.
- La escala de rasgo rindió una considerable utilidad para evaluar la ansiedad personal.
- Los sujetos del sexo femenino resultaron ser más ansiosos en comparación con los del masculino, en ambas escalas y en las mediciones test-retest.
- No se detectaron cambios significativos en las puntuaciones entre las dos mediciones test-re-test correspondientes a la escala de rasgo.

Todos estos resultados reafirman la validez y confiabilidad del IDAREN.

La diversidad de estudios realizados confirma el carácter imprescindible del IDAREN como instrumento de evaluación psicológica, destacándose por su fácil aplicación, interpretación y versatilidad para los diferentes problemas de la salud mental infantil y juvenil.

El IDAREN, como instrumento diagnóstico, continuará perfeccionándose en el futuro, pero ya hoy su pertinencia está demostrada y su presencia en la práctica asistencial cotidiana está generalizada y constatada.

El desarrollo de las alteraciones ansiosas detectadas a través de la autoevaluación con el IDAREN (al igual que con cualquier otro instrumento) no siempre tenderá hacia valores patológicos; como es reconocido, en la infancia y adolescencia prevalecen las capacidades y potencialidades psicológicas de una rápida y efectiva compensación, disminución, eliminación e inclusive autocorrección.

REFERENCIAS

Anastasi A (1970). *Test psicológicos* . La Habana: Ediciones Revolucionarias.

Bauermeister J.J., Colón O., Villamil, B., Spielberger, Ch.D. (1986).
Confiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños puertorriqueños y panameños. *Revista Interamericana de Psicología*, 20(182): 118.

Bauermeister, J.J., Huergo, M., García, C. y Otero, R.F. (1988). El Inventario de Autoevaluación sobre Exámenes IDASE() y su aplicabilidad a estudiantes de escuelas secundarias. *Spanish Journal of Behavioral Sciences*, 10(1): 237.

Cañizares, M., Rodríguez, L. y Grau, J. (1984). *Estudio de los mecanismos compensatorios de la personalidad en diferentes formas de ansiedad*. Reporte de investigación. Santa Clara, Cuba: Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Castellanos, B., Grau, J. y Martín, M. (1986). *Caracterización de la ansiedad personal en pacientes neuróticos y con trastornos situacionales transitorios*. Reporte de investigación. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana.

Castillo, R. y Lorenzo, A. (1993). *Caracterización integral de la disfunción temporomandibular en adolescentes: la influencia del tratamiento ortodóncico y de la ansiedad*. Tesis de Especialista en Estomatología. Santa Clara, Cuba: Facultad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Cattell, R.B. (1966). Patterns of change: measurements in relation to state-dimension, trait change, lability, and process concepts. En R.B. Cattell (Ed.): *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand MacNally.

Cuesta, L., Bonet, M., Lorenzo, A. y Salazar, S. (1997). *Identificación de las figuras de apego en la infancia. Estudio de la empatía y sus dimensiones: prueba piloto*. Tesis de Maestría en Educación Sexual. La Habana: Centro Nacional de Cuba para la Educación Sexual.

Díaz-Guerrero, R. y Spielberger, Ch.D. (1975). *IDAREN: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno (Primera parte).

Freud, S. (1936/1971). *Obras escogidas*. La Habana: Ciencia y Técnica.

Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica*. Tesis Doctoral en Ciencias Psicológicas. Moscú: Universidad Estatal de Moscú (en ruso).

Grau, J. y Martín, M. (1989). *Estrés y ansiedad personal*(Mimeograma). La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras".

Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1990). Las contraindicaciones internas de la personalidad como mecanismos psicológicos motrices del desarrollo del estrés y la ansiedad. *Memorias del Tercer Encuentro Latinoamericano de Psicoanálisis y Psicología Marxista*. Universidad de La Habana, Facultad de Psicología.

Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1991). El sistema CUBANSIOPAT para

el diagnóstico de las formas patológicas y no patológicas de ansiedad.

Memorias del XXIII Congreso Interamericano de Psicología. San José, Costa Rica, julio de 1991.

Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(1): 37-58.

Grau, J. y Portero, D. (1984). Perspectivas del estudio del Cuadro Interno de las Enfermedades. *Revista Cubana de Psicología*, 1(3): 362.

Guimaraes, E., Grau, J. y Martín, M. (1992). *Las contradicciones internas de la personalidad como mecanismos motrices de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad*. Reporte de investigación. Santa Clara, Cuba: Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Janin, Y. (1978). La investigación de la ansiedad en el deporte. *Cuestiones de Psicología*, 6: 35-43 (en ruso). Levitov, N.D. (1989). Estados psíquicos de inquietud y ansiedad. *Cuestiones de Psicología*, 1:

38-45 (en ruso).

Lorenzo, A. (1996a). Funcionamiento familiar en el niño asmático severo: diagnóstico e intervención. *Resúmenes de la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana: Psicosalud'96.

Lorenzo, A. (1996b). La evaluación de la ansiedad y el estado en niños asmáticos severos en correlación con su madre y educadora. *Resúmenes de la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana: Psicosalud'96.

Lorenzo, A. (2000). *Las bases psicológicas de los programas internacionales de rehabilitación para damnificados por incidentes críticos de gran envergadura*. Tesis Doctoral en Psicología. Jarkov: Universidad Nacional del Ministerio del Interior de Ucrania (en ruso).

Llanes, M., Lorenzo, A. y Vizcaíno, M.A. (1994). *Resultados de la aplicación del IDAREN en su versión cubana en adolescentes de zonas rurales*. Reporte de investigación. La Habana: Hospital de Tarará.

Mayor, G. y Lorenzo, A. (1994). *Resultados de la aplicación del IDAREN en su versión cubana en una muestra de adolescentes*. Reporte de investigación. La Habana: Hospital de Tarará.

Morales, M.N. y Lorenzo, A. (1993). *Estudio de la autovaloración y de la ansiedad en un grupo de adolescentes asmáticos*. Reporte de investigación. La Habana: Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Natalicio, L.F. y Natalicio, N. (1971). Elaboración de la edición en español del Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado. *Interamerican Journal of Psychology*, 2(5).

Pérez V., J. (1968). *Trastornos psíquicos en el niño y el adolescente*. La Habana: Pueblo y Educación.

Ramírez, V., Grau, J., Martín, M. y Grau, R. (1989). *Construcción de un inventario para evaluar la depresión como rasgo y como estado*. Reporte de investigación. Santa Clara, Cuba: Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Reyes, A.C. y Lorenzo, A. (1996). Estudio de los factores psicosociales en un grupo de pacientes diabéticos en un área de salud. *Resúmenes de la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana: Psicosalud'96.

Reikowsky, Y. (1979). *Psicología experimental de las emociones*. Moscú: Progreso (en ruso).

Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En: C.D. Spielberger (Ed.): *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press: 122.

Spielberger, C.D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *The Soviet-Hern Psychologist*, 2: 616.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC)*. Madrid: TEA. Spielberger, C.D., Edwards, C.D. y Lushene, R.E. (1990). *Manual del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)*. Madrid: TEA.

Vasiliuk, E.F. (1981). *Psicología de las vivencias*. Moscú: Universidad Estatal de Moscú (en ruso).

Vizcaíno, M.A. y Lorenzo, A. (1994). La ansiedad rasgo/estado en niños y adolescentes con trastornos emocionales. *Memorias del I Simposio Internacional "Salud Mental Infanto- Juvenil"* . La Habana: Hospital Docente Pediátrico "William Soler".

Vizcaíno, M.A., Lorenzo, A. y García, W. (1996). Evaluación de la ansiedad rasgo/estado en niños y adolescentes con dolor abdominal recurrente. *Memorias del I Simposio Internacional "Salud Mental Infanto-Juvenil"* . La Habana: Hospital Do-cente Pediátrico "William Soler".

ANEXO: INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

(Modificado en 1992 por A. Lorenzo, J. Grau, Ma. de los A. Vizcaíno, A. Fumero, M. Martín y F. Prado de la versión puertorri-queña — IDAREN— del STAIC, de Spielberger y cols., 1982)

INSTRUCCIONES

Primera Parte:

En la primera parte encontrarás una frase usada para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

Segunda Parte:

En la segunda parte encontrarás más frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

Sexo: F() M()

Tiempo de Hospitalización:

Edad:

PRIMERA PARTE

1 Me siento calmado	1	2	3
2 Me encuentro inquieto	1	2	3
3 Me siento nervioso	1	2	3
4 Me encuentro descansado	1	2	3
5 Tengo miedo		1	2
3			
6 Estoy relajado	1	2	3
7 Estoy preocupado	1	2	3
8 Me encuentro satisfecho	1	2	3
9 Me siento feliz	1	2	3
10 Me siento seguro	1	2	3
11 Me encuentro bien	1	2	3
12 Me siento molesto	1	2	3
13 Me siento agradable		1	2
3			
14 Me encuentro atemorizado	1	2	3
15 Me encuentro confuso	1	2	3
16 Me siento animoso		1	2
3			
17 Me siento angustiado	1	2	3
18 Me encuentro alegre	1	2	3
19 Me encuentro contrariado	1	2	3
20 Me siento triste	1	2	3

SEGUNDA PARTE

1 Me preocupa cometer errores	1	2	3
2 Siento ganas de llorar	1	2	3
3 Me siento desgraciado	1	2	3
4 Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5 Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6 Me preocupo demasiado	1	2	3
7 Me encuentro molesto	1	2	3
8 Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9 Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10 Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11 Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12 Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13 Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14 Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15 Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16 Me preocupa lo que los otros piensen de mi	1	2	3
17 Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18 Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19 Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20 Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

HOJA DE CALIFICACIÓN (IDAREN, versión cubana)

Calificación en Ansiedad-Rasgo:	Calificación en Ansiedad-Estado
Suma total de los ítems = Puntuación directa. <i>Niveles Ansiedad-Rasgo:</i> Bajo : Por debajo de 29 puntos. Medio: Entre 29 y 41 puntos. Alto: Por encima de 41 puntos.	Ítems (+): 2, 3, 5, 7, 12, 14, 15, 17, 19, 20 (X) Ítems (-): 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 18 (Y) Fórmula: $(X - Y) + 40 = \text{Puntuación}$ <i>Niveles de Ansiedad-Estado:</i> Bajo: Por debajo de 24 puntos. Medio: Entre 24 y 38 puntos. Alto: Por encima de 38 puntos.