



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS CON Y SIN TRATAMIENTO DE UN  
CENTRO MÉDICO DE TRUJILLO”

Tesis para optar al título profesional de:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Autoras:**

Claudia Annaliese Amoroto Acevedo

Elena Gabriela Leon Leon

**Asesora:**

Dra. Carmen Cecilia García Díaz

<https://orcid.org/0000-0002-2914-4572>

Trujillo - Perú

## JURADO CALIFICADOR

Jurado 1	Dra. Blanca Julissa Saravia Angulo	<b>44098219</b>
Presidente(a)	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	Mg. David Manuel Aranaga Zavaleta	<b>18186656</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	Laura Soledad Diaz Nanfuñay	<b>44156668</b>
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

## PORCENTAJE TURNITIN

final

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>dspace.ups.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>www.somосуpec.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>link.springer.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.ujcm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b>studylib.es</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>www.azarplus.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>doi.org</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b>journals.sapienzaeditorial.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## **DEDICATORIA**

A Dios y La Virgen María

Por la vida, el amor y ayuda de cada día.

A mis padres: Ruth y Jorge

Por su amor, apoyo y sacrificio.

A mi tía abuela: Manuela

por tu amor, tu compañía y todos los sabios consejos.

A Sharon, Ander, Ángel Gabriel, Ashley, Renzo, Alonso,

luchadores de cáncer que ahora son ángeles.

A los que siguen luchando cada día por el cáncer.

**Elena Gabriela León León**

A Dios por la sabiduría y fortaleza.

A mis padres: Doris y Gerardo

por su amor, confianza, dedicación y

su enseñanza para superarme como persona.

A mi familia: Flor, Beto, Lady y Santos

por ser mis segundos padres.

A Yoni por ser mi amiga, compañera y confidente.

A quien siempre confío en mí y admiró mi crecimiento.

A mi pequeño ser de luz que está en el cielo.

A los que siguen luchando cada día por el cáncer

**Claudia Annaliese Amoroto Acevedo**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradecemos a Dios por extender su mano llena de bendiciones cada día, gracias por tu infinito amor que ilumina y guía nuestro camino y permitirnos culminar con éxito una de nuestras metas, también a nuestros padres por el apoyo incondicional en cada etapa de nuestras vidas, por su confianza y los ánimos brindados en el transcurso de cada año de nuestra carrera Universitaria. Así mismo, agradecemos a nuestra asesora por la orientación y enseñanza para la elaboración de nuestro proyecto. Y por último a todos nuestros docentes por la enseñanza y los conocimientos brindados.

## TABLA DE CONTENIDO

JURADO CALIFICADOR .....	2
PORCENTAJE TURNITIN .....	3
DEDICATORIA.....	4
RESUMEN .....	8
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....	9
1.1. Realidad problemática .....	9
1.2. Formulación del problema.....	22
1.3. Objetivos.....	22
1.4. Hipótesis .....	23
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA .....	24
Población y muestra.....	25
Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos .....	26
CAPÍTULO III: RESULTADOS .....	30
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	35
CONCLUSIONES:.....	39
REFERENCIAS .....	40
ANEXOS .....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo	31
<b>Tabla 2</b> Ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con tratamiento de un centro médico de Trujillo.	32
<b>Tabla 3</b> Ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos sin tratamiento de un centro oncológico de Trujillo.	33
<b>Tabla 4</b> Diferencia en la dimensión ansiedad estado en pacientes con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo	34
<b>Tabla 5</b> <i>Diferencia del nivel de ansiedad rasgo en pacientes con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.</i>	35
<b>Tabla 6</b> <i>Análisis de Prueba de Normalidad mediante Kolmogorov Smirnov</i>	46

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la diferencia del nivel de ansiedad estado - rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de la ciudad de Trujillo. El tipo de investigación está sujeto a un diseño no experimental, con finalidad aplicada, de naturaleza cuantitativa y de carácter descriptivo-comparativo. La población de estudio está conformada por pacientes oncológicos mujeres en tratamiento y sin tratamiento en seguimiento de un centro médico de Trujillo. La muestra fue conformada por 50 pacientes en tratamiento y 50 pacientes sin tratamiento en seguimiento, cuyas edades se encuentran entre 18 y 80 años. Se utilizó el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) (Spielberger, 1966), validado en el año 2015 en la ciudad de Trujillo. En los resultados encontrados destacó que existe una diferencia significativa entre ambas muestras con una  $P < 0,05$ . En cuanto, al nivel de la variable ansiedad Estado-Rasgo en pacientes oncológicos en tratamiento, se observa que existe un predominio de nivel alto, a diferencia de los pacientes oncológicos sin tratamiento, con un predominio de nivel Sin Ansiedad. Llegando a la conclusión que, la dimensión estado, existe diferencia significativa  $U=851$ ; al igual que, la dimensión rasgo.

**PALABRAS CLAVES:** Ansiedad, estado, paciente oncológico, rasgo.

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad problemática**

Un diagnóstico de cáncer cambia totalmente la vida de una persona; el paciente debe empezar un proceso de adaptación que muchas veces empieza al inicio de un diagnóstico. Es probable que presenten sentimientos de temor y preocupación cuando tienen una sintomatología alarmante, llevándoles a realizar exámenes médicos para determinar si tienen cáncer. Y así el diagnóstico de cáncer puede generar mayor sufrimiento cuando los temores de la persona se vuelven realidad. (Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU, 2023)

La patología oncológica puede ir acompañada de un impacto psicológico, ya que esta resistencia se debe al estrés mental de las personas que conviven junto a la enfermedad. Por lo tanto, es necesaria una prevención y un tratamiento adecuado, ya que estos factores influyen fuertemente en la mejora del estado de la enfermedad. Las variables mentales siempre afectan directa o indirectamente a todas las enfermedades.

Los pacientes oncológicos son sometidos a diferentes tratamientos dependiendo el estadio y diagnóstico; dentro de ellos están la cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia de hormonas, terapia dirigida, inmunoterapia. Los pacientes viven diferentes escenarios según el estadio de la enfermedad; sin embargo, los sentimientos de temor, ansiedad, depresión, son los más comunes frente a la situación. Las personas que padecen esta enfermedad son imprescindibles de apoyo y tratamiento en todo el proceso de la enfermedad. Probablemente requieran de tratamiento y control en los períodos: Posteriormente al diagnóstico, al inicio y fin

del tratamiento, durante la reducción o extinción de los síntomas de cáncer, en caso de reincidencia de cáncer, cuando se opta por un tratamiento paliativo. (Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU, 2022)

El sufrimiento psicológico que se desencadena en el paciente oncológico puede variar dependiendo de la medida de adaptación que este genere frente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Siendo así que otros factores pueden generar un trastorno de ansiedad en los pacientes oncológicos, dentro de ellos el dolor que no puede ser controlado con medicinas, sepsis, niveles bajos de oxígeno en la sangre, insuficiencia cardíaca y alteración en los niveles de electrolíticos; la ansiedad puede ser una señal en el cambio metabólico (como una concentración baja de azúcar en la sangre), infarto de miocardio, infecciones. Algunos tipos de tumores como los de la hipófisis, glándula suprarrenal, páncreas o la tiroides pueden generar síntomas de ansiedad y ataques de pánico. Aquellos tumores que se extendieron al encéfalo, médula espinal y pulmones también pueden provocar síntomas de ansiedad. También el uso de medicamentos, corticoesteroides, tiroxina, broncodilatadores y antihistamínicos, pueden ocasionar agitación, inquietud o ansiedad. Abstinencia de drogas y medicamentos que generan hábito (psicoactivos alcohol, antidepresivos). Así como también en el caso de aquellos pacientes que padecieron de trastornos de ansiedad antes de tener cáncer y este regresa al recibir el diagnóstico. (Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU, 2022).

Una de las principales causas de muerte en el mundo es el cáncer, en el año 2020 hubo 10 millones de pérdidas humanas. Siendo así los tipos de cáncer más usuales de mama, pulmón,

colon, recto y próstata. Una tercera parte de las muertes por cáncer fueron por causa de consumo de tabaco, alto índice de masa corporal, consumo de alcohol, poco consumo de frutas y verduras y a la falta de actividad física. También se deben a infecciones oncogénicas, como el virus del papiloma humano, hepatitis, estos son el 30% de los casos que generalmente son en países tercermundistas. Gran parte de los casos si se detecta y trata a tiempo, pueden llegar a curarse. (OMS, 2020)

En el 2020 los canceres más comunes fueron, los de mama (2,26 millones de personas); de pulmón (2,21 millones de personas); colorrectal (1,93 millones de personas); próstata (1,41 millones de casos); de piel (1, 20 millones de personas); y gástrico (1,09 millones de casos). (OMS, 2022).

Los canceres más comunes diagnosticados en España. Según SEOM (2020), son los colorrectales (44.231 nuevos pacientes), próstata (35.126), mama (32.953), pulmón (29.638), vejiga (22.350). En los próximos años serán linfomas no hodgkimianos (9.188), canceres de faringe y cavidad oral (8.604), páncreas (8.338), estómago (7.577), riñón (7.300), cuerpo uterino (6.804).

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más común, se registraron más de 2,2 millones de casos en el 2020. Una de cada doce mujeres tendrá cáncer de mama en el transcurso de su vida. Siendo así el cáncer de mama la principal causa de muerte en las mujeres. Se registraron 685000 muertes por cáncer de mama en el año 2020, siendo la mayor parte de registros de países de medianos y bajos ingresos. Son considerables las disparidades del cáncer de mama entre los

países de ingresos bajos, medianos y altos. Siendo así que la supervivencia de cinco años del cáncer de mama, es del 90% en países primer mundista y en los tercermundistas como Sudáfrica e India son del 40% y 66%. (OMS,2020)

Hay más de 3.8 millones de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Estados Unidos. (ASCO Cancer.net, 2021). En las Américas, anualmente hay más de 462 mil pacientes femeninos diagnosticadas con cáncer de mama; 100 mil muertes por la misma causa; lo que significa que cada 53 minutos fallece una mujer por causa de la enfermedad, llegando así a ser una cifra total de 400 mil mujeres fallecidas.

En nuestro país, el cáncer es una alarmante situación de salud pública, cada año aumentan más los casos de cáncer. Actualmente se registran 10 mil detecciones de varios tipos de cáncer, esto nos indica la importancia de una buena prevención, diagnóstico y tratamiento. (Programas & SEGUROS oncológicos, 2023)

En el Perú, el ministerio de salud (2022) Uno de los canceres que más frecuenta a las mujeres peruanas con un 27% es el de cuello uterino, siguiente a este el de mama, estómago y tiroides. En los hombres los tipos de cáncer más frecuentes, el de estómago, próstata, leucemia.

Según indica el boletín epidemiológico (2022) Los resultados de la agencia internacional para la investigación en cáncer (IARC), estimaron para el año 2020 69,869 casos nuevos de cáncer en el Perú, y 34,976 muertes de cáncer. Siendo 17.02% el riesgo acumulado de desarrollar cáncer en lapso de 74 años. Los resultados colocan a Perú dentro de los países con un nivel intermedio por incidencia de cáncer. No obstante Perú es un país de cáncer que la

mayoría de los diagnósticos son ya de un estadio avanzado, en los cuales los tratamientos tienen un efecto menor y también más costoso.

En el norte del país, el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades (2022) indica que el cáncer de mama supera al de cuello uterino, en tercer lugar, estaría el cáncer de estómago y en cuarto lugar el cáncer de piel.

Según el riesgo epidemiológico en el (IREN) instituto regional de enfermedades neoplásicas- norte. Durante los años 2007-2020, el (86.6%) más de las tres cuartas partes de los casos (2146) se diagnosticaron en personas mayores de cuarenta años, sin embargo, el 13% (331) se detectaron en menores de cuarenta años. Así mismo se descubrió que el aumento de casos de cáncer es en grupos de 40 a 59 años.

**En cuanto a las investigaciones realizadas previamente respecto a la variable de estudio, considerándose aquellos que guardan mayor proximidad, son los siguientes:**

A nivel internacional encontramos a Villoria, Lara & Salcedo (2021), quienes realizaron una investigación, con el objetivo de analizar la ansiedad y la depresión en pacientes chilenos con cáncer. Para ello, utilizaron 623 pacientes ambulatorios y hospitalizados con cáncer (70% mujeres) ambulatorios y hospitalizados (70% mujeres). Llegaron a la conclusión que la frecuencia de depresión y ansiedad fue baja en este grupo de pacientes con cáncer.

En Colombia Jaimes, Ramírez & Romero (2020), desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la relación en los diferentes niveles de ansiedad y depresión en

pacientes oncológicos durante su tratamiento médico, utilizaron una muestra de 100 pacientes oncológicos. Llegando a la conclusión existe relación de estas dos variables de manera significativa y negativa, es decir, inversamente proporcionada.

Por su parte, Ardila, Herrera y Soler (2020), en Colombia investigaron la relación que existe entre la depresión y ansiedad respecto a la enfermedad oncológica, su análisis estuvo basado en estudios científicos; basándose en cinco fases: preparatoria, descriptiva, interpretativa por núcleo temático, construcción teórica global, documental. Llegando a la conclusión de que existe la relación de que se encuentra inmersa a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con el diagnóstico de la enfermedad en los pacientes oncológicos.

Es así como, Hernández, Ruiz, González & González (2020), en su análisis realizado referente al efecto predictivo de la ansiedad, depresión y estrés sobre la calidad de vida en 102 mujeres mexicanas con el diagnóstico, entre las edades de 25 a 60 años, escolaridad indistinta y sin enfermedades psiquiátricas. Optaron por realizar análisis descriptivos, relacionales y de regresión lineal intro. Llegando a la conclusión que la ansiedad y el estrés disminuyen la calidad de vida e incrementan la carga sintomática.

De igual modo, García, López, Cano, Ávila, Duran & Ponce (2020), en su estudio realizado con el objetivo de hallar las diferencias en ansiedad y depresión respecto a variables contextuales en pacientes mujeres con cáncer de mama en tratamiento. El estudio fue comparativo y aplicado a 91 pacientes con cáncer mama de género femenino, en tres unidades de atención del noreste de México. Como resultado, la mitad de las pacientes presentaron ansiedad y una cuarta parte depresión.

A nivel nacional tenemos a Mateo (2022) Realizo un análisis de caso en un centro con especialidad de cáncer dentro de la ciudad de Lima, tuvo como meta de intervención el reducir los síntomas ansiosos generados por el diagnóstico oncológico. Este fue realizado en un paciente oncológico, que manifestaba altos niveles de ansiedad durante los tratamientos médicos. Pudo evidenciar que el diagnóstico y tratamiento le generaban sentimientos de inadecuación, también presentaba inadecuadas habilidades de afrontamiento y características personales que obstaculizaban su adaptación en su tratamiento de cáncer.

En Tumbes, Mendoza (2019), realizo una investigación la cual tuvo la finalidad de determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos en el hospital regional Jose Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II- Tumbes 2018. Para ello utilizo 78 pacientes diagnosticados con cáncer. Llegando a la conclusión que el nivel de ansiedad es muy bajo, lo que sugiere que existe depresión en los pacientes oncológicos.

Por su parte Camacho (2019), en su investigación realizada en la ciudad de Lima, tuvo como finalidad encontrar las prevalencias de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos con cáncer de mama y sus cuidadores. Aplicada en 175 pacientes y 175 cuidadores; llegando a la conclusión que los factores clínicos incrementan los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer, por otro lado, el estado civil y la familiaridad aumentaban los niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores.

A nivel local tenemos a Minchola (2022) realizo una investigación que tuvo como finalidad establecer la disimilitud del ajuste mental, por género, en pacientes oncológicos de un centro de salud en la ciudad de Trujillo en el año 2021. Su investigación fue de tipo descriptivo-

comparativo, en 200 pacientes con distintos tipos de cáncer, mujeres y hombres en edades de 25 a 50 años, en el lapso del año 2021. Llego a la conclusión que las mujeres poseen una mejor adaptación frente a la enfermedad oncológica, con una mayor estrategia de afrontamiento y demuestran poseer un equilibrio en diferentes ámbitos de su vida como el emocional, cognitivo y conductual.

Por su parte, Altamirano (2021) en una investigación realizada, su objetivo fue determinar la relación de la ansiedad frente a la muerte y el resentimiento en pacientes oncológicos dentro de la ciudad de Trujillo, el cual fue aplicado en 150 pacientes oncológicos en mayores de 40 años. Llegando a la conclusión que, mientras los pacientes presenten mayor miedo a morir, es menor el resentimiento, rencor y odio frente a su entorno y consigo mismos.

En este sentido, Requejo y Sánchez (2021), realizaron una investigación, la cual tuvo como objetivo establecer el ajuste mental al cáncer y ansiedad frente a la muerte en pacientes oncológicos en fase terminal en el centro de cuidados paliativos Alto Trujillo-Perú. Aplicado a 50 pacientes de ambos sexos, llegaron a la conclusión que mientras a mayor sea el ajuste mental al cáncer, menor será la ansiedad frente a la muerte.

**Dentro de las teorías existentes en cuanto a la investigación tenemos las siguientes:**

Villanueva (2020) se refiere a este estado emocional, como el patrón ansioso, debe tener un abordaje que considere la valoración desde la perspectiva cognitiva, en relación a construir un proceso racional para la comprensión y el tratamiento de la información, en este sentido, más que la propia experiencia de presión, la ejecución del procesamiento que de la información y de

los estímulos externos, es el determinante para propiciar estados de emotividad desfavorable para el proceso de ajuste socio-cultural.

Karen Syjala (2020) psicóloga clínica del centro de investigación oncológica Fred Hutchinson de Seattle, refiere que "El temor a la recidiva es la dificultad emocional que las personas mencionan con más frecuencia después de terminar el tratamiento del cáncer". Aunque es normal sentir algo de ansiedad, en algunos sobrevivientes se convierte en una situación debilitante. Estos tipos de sufrimiento por el cáncer "tal vez no coincidan con las descripciones clásicas de ansiedad o depresión, pero alteran de todas maneras la calidad de vida de la persona y los sobrevivientes de cáncer necesitan los conocimientos especializados de expertos en cáncer que entienden lo que es 'normal' para un sobreviviente de cáncer"; es por ello que, es importante tranquilizar a los sobrevivientes para que sepan que es muy normal que sientan cierto nivel de ansiedad y sufrimiento, y que esto no aumentará su riesgo de muerte ni hará que vuelva el cáncer "Y ese es el primer paso para luego poder hablar sobre qué hacer para ayudar a manejar esos sentimientos".

Abreu (2019), indica que la ansiedad asume que la ansiedad ante la muerte es un estado de temor frente a qué sucederá cuando suceda el acto de morir, de esta manera se relaciona con la incertidumbre importante de que pasará tanto en el medio sociofamiliar donde se desarrolló el sujeto, como el temor sobre a donde se dirigirá después de fallecer, es entonces que frente a este escenario el sujeto busca aferrarse a la vida.

La adaptación del paciente al cáncer, tanto psicológica y social, ha sido definida como un proceso continuo en el que el paciente procura manejar el sufrimiento emocional y controlar

los acontecimientos de su vida teniendo en cuenta su enfermedad actual. Esta adaptación es un conjunto de respuestas constantes para poder superar la crisis del convivir con cáncer. (National Institute of Health, 2018).

Beck y Clark (1985) conceptualiza la ansiedad como la incomodidad como un síntoma emocional negativo que una persona puede experimentar, como nerviosismo, palpitaciones del corazón, sudoración y movimiento del cuerpo.

Respecto a la etiopatogenia de la ansiedad, Reyes (s/f) Suponga que muchos trastornos son de origen genético; el comportamiento aprendido puede conducir a conexiones intracraneales en otros; sin embargo, una combinación de varios factores es lo que se puede encontrar en su etiología, siendo en primer lugar el factor biológico; donde una mayor predisposición genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Factores psicosociales; cuando las relaciones interpersonales, el trabajo escolar y los problemas familiares, la amenaza de daño, la supresión de las necesidades sociales y económicas, los cambios de estilo de vida están involucrados en el trastorno de adaptación por ansiedad y la ansiedad generalizada. Factores traumáticos; aborda eventos traumáticos ajenos a la experiencia humana normal, como accidentes humanos graves, desastres, actos de violencia, tortura, secuestros, etc. Provocan daños biopsicológicos que acompañan a síntomas de malestar como el estrés postraumático. Factores psicodinámicos; cuando la ansiedad se ve como una respuesta individual al riesgo personal que se avecina en forma de un instinto limitante interno que está a punto de salirse de control. La ansiedad es como una bandera roja que obliga al ego a tomar medidas defensivas.

Desde la línea psicométrico – factorial, se preocupa y establece relaciones entre otros constructos y variables que crean personalidad. Esta nueva línea, caracterizada por la ansiedad psicométrica, pretende crear un nuevo modelo teórico general de la ansiedad, basado en los métodos de análisis factorial, así como en la teoría de los rasgos de personalidad (Spielberg, 1966).

Las investigaciones en referente a los rasgos de personalidad llevaron a importantes teorías, como la del rasgo de la ansiedad, que refiere a este como la disposición interna a reaccionar de forma ansiosa, independiente de la situación que se encuentre la persona. (Spielberg 1966).

Por otro lado, Ansiedad Estado– Rasgo, desde las bases teóricas de Freud (1926/1984), citado por Spielberger (1966), se ha diferenciado entre dos formas que asumen las emociones: rasgo y estado.

El estado emocional hace referencia a un proceso de emoción particular limitado en el tiempo. El rasgo emocional se refiere al instinto de una persona de experimentar ciertas emociones con cierta frecuencia en la vida cotidiana. El estado emocional será un reflejo subjetivo de la situación importante del sujeto en un momento dado, mientras que las emociones como rasgos de personalidad permanecerán fijas a lo largo de la vida, moduladas por factores subyacentes una vez que se comprendan. (biológicos, histórico biográficos, socioculturales, etc).

Por otra parte, la ansiedad rasgo es una medida de las diferencias en la predisposición a la ansiedad entre individuos. Algunos tienen la tendencia a tornarse más ansiosos, más frecuente

y en más diferentes situaciones que otros individuos. La ansiedad rasgo es relativamente estable en el transcurso del tiempo en situaciones diferentes.

Un punto clave del modelo ansiedad rasgo y ansiedad estado de Spielberger (1972) tiene que ver con el acto de la percepción y la evaluación del estímulo como amenaza. La ansiedad rasgo se expresa como una tendencia marcada a percibir las situaciones, cualesquiera estas sean, como amenazadoras. En cambio, la ansiedad estado se expresa como la susceptibilidad transitoria a presentar reacciones emocionales sólo en determinadas situaciones específicas

Spielberger (1966) Señala que el individuo con un nivel elevado de ansiedad rasgo presenta ansiedad estado elevado también. Sin embargo, el sujeto con un nivel de ansiedad rasgo bajo, puede demostrar de manera específica reacciones de ansiedad de alta intensidad frente a situaciones que perciba como amenazas (ansiedad estado).

Para la ansiedad estado (A-Estado), estas fuentes actúan como acontecimientos amenazantes que aprensionan al sujeto de manera inmediata, siendo una reacción transitoria. A diferencia de la ansiedad rasgo (A-Rasgo) que influencia en el individuo, siendo una reacción natural y acorde a la personalidad de este; donde mantiene una marcada disposición para percibir una situación como peligrosa.

Respecto a las fuentes generadoras de Ansiedad Rasgo-Estado; el ser humano en su afán de evolucionar debe desarrollar innumerables estrategias para poder combatir los agentes productores de ansiedad tanto en Estado (A-Estado) y Rasgo (A-Rasgo), desarrollando varias actitudes y destrezas para salir airoso.

Uno de los principales problemas de salud mental en pacientes de cáncer es la sintomatología ansiosa y depresiva. De acuerdo con esto, hay necesidad de identificar y atender los problemas psicológicos de los pacientes oncológicos. (Zabora, et al. 2001).

Muñoz, Sánchez y Toro (2019) Afirma que los pacientes oncológicos no solo se ven afectados en la salud, si no también en sus actividades diarias, como hábitos de sueño, alimenticios; rutina familiar y este puede repercutir en la salud emocional de sus familiares. Entonces, es allí en donde surgen cuestionamientos como los siguientes: ¿cómo está entrelazada la ansiedad y depresión con el cáncer? ¿en qué momento la tristeza normal se convierte en depresión? ¿qué le puede generar ansiedad a un paciente oncológico?

Arias, Estévez y Estévez (2019), indican y estudian la presencia de trastornos psicopatológicos en los pacientes oncológicos, cuentan con un alta de probabilidad de desarrollarse y por ello, la intervención psicológica no debe entenderse como una cuestión alternativa, sino como un elemento complementario que facilita el efecto positivo de otras terapias.

Este estudio se justifica *teórico* radica en la contribución como antecedente científico a nivel nacional para nuevas investigaciones respecto del análisis del instrumento, además que permite ampliar la base de conocimientos que se tiene sobre los constructos de ansiedad estado rasgo en pacientes con enfermedades crónicas. De forma *práctica* este trabajo permitirá establecer perfiles clínicos de los pacientes, lo que facilitará la intervención inmediata y adecuada en los pacientes, dado que el instrumento podrá ser utilizado por trabajadores de salud en el tamizaje de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes con cáncer. *A nivel metodológico*

el presente trabajo permite analizar las propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad en pacientes oncológicos, lo cual aporta en el ámbito de la psicometría, al realizar la descripción de las características psicométricas de la escala a estudiar en una población con características sociodemográficas y clínicas diferentes a las anteriormente estudiadas. A *nivel social* tendrá un efecto positivo, revelando la importancia al acompañamiento psicológico no solo en pacientes en tratamiento oncológico, sino también a los pacientes en seguimiento sin tratamiento; siendo este el que influya a el paciente y la familia a poder pedir la ayuda psicológica antes-durante y después del tratamiento oncológico, para que se lleve una intervención de salud integral.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la diferencia en el nivel de ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con y sin en tratamiento de un centro médico de Trujillo?

## **1.3. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la diferencia en el nivel de ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.

### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos con tratamiento de un centro médico de Trujillo.

- Identificar el nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.
- Establecer la diferencia de la ansiedad estado en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.
- Establecer la diferencia de la ansiedad rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.

#### **1.4. Hipótesis**

##### **Hipótesis General:**

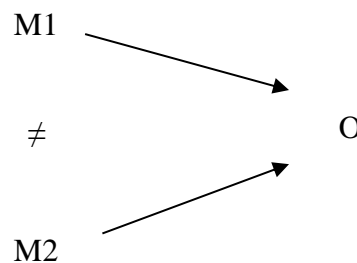
Existe diferencia significativa en el nivel de ansiedad en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.

##### **Hipótesis Específicas:**

- Hi1: Existe alto nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos con tratamiento de un centro médico de Trujillo.
- Hi2: Existe alto nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.
- Hi3: Existe diferencia de la ansiedad estado en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.
- Hi4: Existe diferencia de la ansiedad rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.

## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El tipo de investigación es no experimental, en cuanto a su naturaleza, la investigación es cuantitativa, Según Cruz, Olivares, & Gonzáles (2014) Este tipo de investigación pretende establecer el grado de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados por medio de una muestra. Además, por su finalidad es aplicada, según Hernández, Fernández y Baptista, (2010, p. 149), consiste en estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. En cuanto a su naturaleza, la investigación es cuantitativa por lo que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, comprende los procedimientos para la comprobación de hipótesis a partir de la experimentación (Abdellah & Levine, 1994). Así también, el diseño de investigación tiene un carácter descriptivo – comparativo, para establecer diferencias y o semejanzas entre dos instituciones o situaciones (Ñaupas, Valdivia & Romero, 2018).



Y donde:

M1 = pacientes oncológicos con tratamiento

M2 = pacientes oncológicos sin tratamiento

O = Ansiedad estado -rasgo

### **Población y muestra**

La presente investigación se realizó en un centro médico de la ciudad de Trujillo, contando con una población conformada por pacientes oncológicos mujeres con cáncer de mama en tratamiento radio oncológico y sin tratamiento en seguimiento después de haber recibido tratamiento radio oncológico durante el periodo de tres meses (agosto – octubre).

Se consideró una muestra conformada por 100 pacientes mujeres con cáncer de mama (100%) en tratamiento radio oncológico y sin tratamiento radio oncológico en seguimiento, de las cuales 50 son pacientes en tratamiento (50%) y 50 son pacientes sin tratamiento en seguimiento (50%), cuyas edades se encuentran entre 18 y 80 años. Esta investigación tiene como muestreo el ser no probabilístico por conveniencia, debido al acceso y la viabilidad a los sujetos de estudio.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con cáncer de mama pertenecientes a un centro oncológico.
- Pacientes con cáncer de mama que desean colaborar con la presente investigación.
- Pacientes con cáncer de mama que estén en tratamiento radioterapéutico.
- Pacientes con cáncer de mama cuyas edades se encuentren entre los 18 y 80 años.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con cáncer de mama que decidieron retirarse de la investigación.
- Pacientes con cáncer de mama que fallecieron durante la investigación.

### **Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos**

La técnica de recolección de datos, tenemos a la encuesta, el cual es empleado bajo una serie de elementos estandarizados, con finalidad de investigar, analizar y describir características obtenidas en función a datos proporcionados por una muestra de estudio para así recolectar información del constructo estudiado (García, citado por Casas, Repullo & Donado, 2003). La técnica a emplear es la encuesta, puesto que la presente investigación se aplicará el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE). En cuanto al instrumento se utilizará el Inventario de Ansiedad, Rasgo – Estado (IDARE), su autores son Spielberger, Charles; Díaz – Guerrero, Rogelio (1975), su procedencia de este instrumento es de los Estado Unidos, la adaptación fue hecha en México, 1975 y Castro, Trujillo, Perú (2016), su administración puede ser individual y colectiva, su estimado de duración en su aplicación varía entre 15 minutos, su significación es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a como se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente), su uso puede darse en las áreas de Educativo, Clínico y en investigación, su aplicación debe darse en personas con nivel educativo Medio – superior, su puntuación es de Calificación manual.

El IDARE está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. La escala A Rasgo (SXR) está conformado por ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se

sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A-Estado. 36 por su parte, la escala A-Estado (SXE) está conformado por 20 ítems (10 directos e inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. Mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto. De este modo, los evaluados contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala Likert de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A – Estado las opciones de respuestas en la escala Likert de intensidad son: 1- no en lo absoluto, 2- Un poco, 3 – Bastante, 4- Mucho; mientras que en la escala A- Rasgo, las opciones en la escala Likert de frecuencia son: 1- Casi nunca, 2- Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4- Casi siempre. Cabe señalar que, en el IDARE, en la escala estado hay 10 ítems positivos de ansiedad (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos (a mayor puntuación menor ansiedad). De igual forma en la escala rasgo hay 13 ítems positivos (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 7 negativos (a mayor puntuación menor ansiedad).

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

De igual forma para el presente estudio se obtuvo la validez por el método de juicio de expertos con la participación de 3 especialistas en el campo de la psicología, quienes verificaron la calidad de los ítems y su pertinencia, claridad y coherencia para medir la variable, empleando es estadístico V de Aiken alcanzando un valor  $V=1.00$ , con lo que podemos afirmar que los ítems presentan evidencia de validez de contenido.

Así mismo, se obtuvo evidencia de validez de constructo por el método Ítem-Test alcanzando valores de .24 hasta .80 evidenciando que los ítems son válidos para medir la variable. Dentro de la dimensión Ansiedad – Estado, se obtuvieron valores .24 hasta .85 demostrando que los ítems son válidos para medir la primera dimensión. En cuanto a la dimensión Ansiedad - Rasgo, se alcanzaron valores de .26 hasta .77 evidenciando que los ítems son válidos para medir la segunda dimensión.

De igual manera, para el presente estudio se obtuvo la confiabilidad por el método de Consistencia Interna con el estadístico Alfa de Cronbach, alcanzando un valor en cuanto a la dimensión Ansiedad - Estado, se obtuvo un alfa de .817, es decir el instrumento presenta una confiabilidad adecuada respecto a la primera dimensión. De modo similar, en la dimensión Ansiedad - Rasgo, se alcanzó un alfa de .843, es decir el instrumento presenta una confiabilidad adecuada respecto a la segunda dimensión.

Respecto al procedimiento de recolección de datos, en primera instancia, se contactó con un centro oncológico para establecer la población escogida para el presente trabajo; posteriormente, se procedió a coordinar con los participantes, solicitando su consentimiento

informado y dándoles a conocer el objetivo de la investigación; por medio de llamadas telefónicas, del mismo modo se realizaron las encuestas a los pacientes correspondientes.

Para el análisis estadístico descriptivo se emplearán Tablas de Distribución y frecuencia para la variable de estudio con sus respectivas dimensiones. Adicionalmente, se presentan los estadísticos descriptivos como: la media, la moda, la mediana y la desviación estándar.

Para el análisis estadístico inferencial se usará la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y para la prueba de hipótesis se usará la U de Mann Whitney en cuanto a la variable estado y T-Student en cuanto a la variable rasgo.

En cuanto a los aspectos éticos de la presente investigación, Consideraciones éticas, se tiene en cuenta en la investigación toma en cuenta el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú en 2017, en su Artículo 24° Estipula que el psicólogo debe tener presente que toda investigación debe contar con el consentimiento del sujeto comprendidos, en el Artículo 26° Establece que sólo después de haber obtenido permiso explícito se publica la identidad de los sujetos de investigación. También el Artículo 27° Determina que el psicólogo no debe aplicar su práctica profesional, tanto pública como privada, procedimientos rechazados por los centros universitarios o instituciones científicas reconocidas legalmente; así como test psicológicos y/u otras técnicas que no tengan validez científica, el Artículo 59° La obligación de guardar secreto, subsiste aún después de concluida la relación profesional. La muerte de los consultantes no exime a los psicólogos de su obligación frente a la confiabilidad.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1. Presentación de resultados

**Tabla 1**

*Ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.*

Variables	Tratamiento		Sin Tratamiento		$U(50)$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$		
Variable ansiedad estado-rasgo	1.5	0.5	88.7	12.7	705	0.000

*Nota: M=Promedio; SD=Desviación Estándar; U= U Mann-Whitney*

En cuanto a la prueba de hipótesis en la variable estado se obtuvo mediante la  $U = 705$ . Existe una diferencia significativa entre ambas muestras con una  $P < 0,05$ . Es decir, que existen diferencias entre pacientes de cáncer de mama que están en tratamiento y pacientes sin tratamiento en seguimiento, lo que indica que cada paciente presenta la ansiedad según su estadio de enfermedad, las pacientes en tratamiento son las que presentan mayor sintomatología ansiosa debido a la incertidumbre que viven sobre el éxito o fracaso del tratamiento, también por si el cáncer llega a hacerse metastásico; las pacientes que están en seguimiento sin tratamiento, al ya haber pasado con éxito el tratamiento son las que presentan menor sintomatología ansiosa, sin embargo, existe aún el miedo a una reincidencia. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación.

**Tabla 2**

*Ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con tratamiento de un centro médico de Trujillo.*

Nivel	f	%
ALTO	47	94%
MODERADO	3	6%
LEVE	0	0%
SIN ANSIEDAD	0	0%

Nota: N=50; f= frecuencia; %= porcentaje.

En la tabla 2, respecto al nivel de la variable ansiedad estado-rasgo en los pacientes oncológicos de cáncer de mama en tratamiento, se observa que existe un predominio de nivel Alto en las pacientes de cáncer de mama en tratamiento, alcanzado 94% (47 pacientes), seguido del nivel Moderado con 6% (3 pacientes). Es decir que, 47 de cada 50 mujeres en tratamiento de cáncer de mama presentan un Alto nivel de ansiedad estado-rasgo. El cual indica que la mayor parte de las pacientes de cáncer de mama al estar en un proceso de tratamiento perciben esta situación con incertidumbre frente a cuanto será la duración y efectos secundarios que saben que podrían variar de manera individual como pacientes, de la misma manera sobre el éxito de este; presentando así malestar emocional que generan ansiedad. Además, se acepta la hipótesis de investigación.

**Tabla 3**

*Ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.*

Ansiedad estado- rasgo	f	%
ALTO	2	4%
MODERADO	0	0%
LEVE	7	14%
SIN ANSIEDAD	41	82%

Nota: N=50; f= frecuencia; %= porcentaje.

En la tabla 3, en lo que respecta al nivel de la variable ansiedad Estado-Rasgo en los pacientes oncológicos sin tratamiento, se observa que existe un predominio de nivel Sin Ansiedad, alcanzado un 82% (41 pacientes), seguido del nivel Leve con 14% (7 pacientes). Es decir que, 41 de cada 50 pacientes sin tratamiento no presentan ansiedad estado-rasgo. El cual indica que las pacientes al no estar más tiempo expuestas a los tratamientos, sus efectos secundarios y la incertidumbre de éxito de este, las pacientes llegan a experimentar alivio, lo que repercute en una mejora de su estado anímico. Por tanto, se acepta la hipótesis de investigación.

**Tabla 4**

*Diferencia en la dimensión ansiedad estado en pacientes con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.*

Variables	Tratamiento		Sin Tratamiento		$U(50)$	$p$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$		
Variable estado	51.6	7.9	37.6	7.7	851	0.006

*Nota: M=Promedio; SD=Desviación Estándar; U= U Mann-Whitney*

En cuanto, a la tabla 4 sobre la prueba de hipótesis de la diferencia del nivel ansiedad estado se obtuvo mediante la  $U=851$ . Lo cual quiere decir que existe una diferencia significativa entre ambas muestras con una  $P < 0,05$ . Es decir que las pacientes de cáncer de mama al avanzar en los tratamientos y tener efecto positivo de estos, van presentando menor sintomatología de ansiedad estado y así la puntuación de calidad de vida se modifica positivamente y la ansiedad como estado disminuye. Por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

**Tabla 5**

*Diferencia del nivel de ansiedad rasgo en pacientes con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.*

Variable	Tratamiento		Sin Tratamiento		<i>T</i> (50)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Variable rasgo	41.4	8.8	46.6	7.7	-3.117	0.002

*Nota: M=Promedio; SD=Desviación Estándar; T= T de Student*

En cuanto a la tabla 5 sobre la prueba de hipótesis de la diferencia del nivel ansiedad rasgo se obtuvo mediante la  $T = -3.117$ . Lo cual quiere decir que existe una diferencia Significativa entre ambas muestras con una  $P < 0,05$ . Lo que quiere decir que la mayoría de las pacientes que presentan ansiedad estado no llegan a hacer ansiedad rasgo, por lo que al lidiar con la evolución de la enfermedad desarrollan mecanismos de afrontamiento y estos son de ayuda a no padecer una ansiedad rasgo. Finalmente, se acepta la hipótesis de investigación.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según los datos evidenciados al comparar el nivel de ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo, se obtuvo un valor de  $p < 0,05$ , a través de la prueba de U de Mann-Whitney, resultando significativo. Lo cual indica que existen diferencias entre pacientes de cáncer de mama que están en tratamiento y pacientes sin tratamiento en seguimiento. Estos resultados son corroborados por Jaimes, Ramírez & Romero (2020), quienes coincidieron con sus resultados y determinaron que existe relación de estas dos variables de manera significativa y negativa, es decir, inversamente proporcionada.

Según el primer objetivo específico planteado, fue determinar el nivel de ansiedad estado- rasgo en pacientes oncológicos con tratamiento, se ha obtenido un nivel alto en las pacientes de cáncer de mama en tratamiento, el cual indica que los pacientes que están en tratamiento perciben esta situación compleja de incertidumbre ante un estado de salud de manera más significativa teniendo manifestaciones emocionales. Este resultado es corroborado por Burgess et. Al, Cornelius et. al, Love et. al, Graham et al, Richards & Ramírez et al (2005) quienes menciona que casi el 50% de las mujeres con cáncer de mama temprano tuvo ansiedad el año posterior al diagnóstico, el 25% en el segundo, tercer y cuarto año y el 15% en el quinto año. La prevalencia puntual fue del 33% en el momento del diagnóstico, cayendo al 15% después de un año. Así mismo Ríos & Cruzat (2015), puntualiza que la calidad de vida relacionada con la salud es la autovaloración que hace el paciente para realizar las actividades diarias normales y del impacto de la enfermedad y su tratamiento en su estado de salud y en diversas áreas de la vida; estos resultados evidencian que el nivel de ansiedad estado en

pacientes en el tercer, cuarto y quinto año va decayendo, siendo así que el impacto de estar sin tratamiento en seguimiento influye ya que el factor estresante no se encuentra en mayor intensidad como al principio del diagnóstico y en tratamiento.

En cuanto al segundo objetivo específico que fue el identificar el nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos sin tratamiento, los resultados señalan que existe un predominio de nivel sin ansiedad, el cual indica que los pacientes que ya han pasado por su proceso de tratamiento muestran un avance en su proceso de aceptación y reduce el nivel de ansiedad que originan los tratamientos. Al respecto Minchola (2022) las mujeres poseen una mejor adaptación frente a la enfermedad oncológica, con una mayor estrategia de afrontamiento y demuestran poseer un equilibrio en diferentes ámbitos de su vida como el emocional, cognitivo y conductual. Por otro lado, Camacho (2019), llegando a la conclusión que existen otros factores que pueden contribuir en la permanencia de los niveles moderados y altos de la ansiedad y la depresión como lo es factores de familiaridad y estados civil de los cuidadores, a pesar de ello el no estar sometidas a tratamiento por el momento, demuestran una menor carga emocional.

De acuerdo con el tercer objetivo específico que fue establecer la diferencia de la ansiedad estado en pacientes oncológicos con y sin tratamiento, los resultados se observan que existe una diferencia significativa entre ambas muestras. Al respecto Rey, Pita, Fernández, Cereijo, Seoane, Balboa & González (2017) afirma que, tras los tratamientos, los niveles de ansiedad estado muestran una mejoría estadísticamente significativa, por la cual la misma tendencia se objetiva en la ansiedad rasgo. Por otro lado, Fernández, Garea, Pillado, Barreiro &

Martín (2017) menciona que, tras los tratamientos, la puntuación de calidad de vida se modifica positivamente y la ansiedad como estado y como rasgo disminuye. Los resultados del presente estudio corroboran los hallazgos puesto que se evidencio que existe diferencia significativa en los niveles de ansiedad.

En cuanto al cuarto objetivo que fue el establecer la diferencia de la ansiedad rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento, los resultados se observan que existe también existe una diferencia significativa entre ambas muestras. Al respecto Montiel & Guerra (2016) afirma en su estudio que la ansiedad como rasgo fue mínima, ubicándose en niveles normales. La respuesta motora fue la más frecuente, mientras que las cognitivas y fisiológicas se encontraban en niveles bajos. Según Maté et al., (2004) descubrió que los pacientes con cáncer a menudo presentan signos y síntomas de ansiedad que son causantes de angustia emocional, no cumplen con los criterios de diagnóstico; puesto que se evidencia que como rasgos específicos: la ansiedad ante situaciones cotidianas (46,7 %) e interpersonal (40 %), que se expresaron de forma moderada (Montiel & Guerra, 2016)

Cómo limitaciones para la presente investigación se considera que el número de participantes que limita la validez externa de los resultados, es decir está limitada la generalización de los resultados, siendo estos principalmente aplicables a la población de estudio. Se conto a un inicio con un estudio experimental de 100 sujetos, en el cual un aproximado de 15 personas abandonaron la muestra por causa de muerte de la misma enfermedad.

Los resultados presentados en el presente trabajo permiten generar atención sobre los problemas psicológicos de los pacientes con cáncer de mama, ampliar la política de salud considerando

estos hallazgos generando mayor intervención psicológica y acompañamiento durante el tratamiento y en seguimiento. Teniendo un impacto en la sociedad, mejorando la calidad de vida y bienestar psicológico de la población oncológica y sus familiares.

## CONCLUSIONES:

- Existe relación significativa variable estado -rasgo existe diferencia significativa la (U = 705 ;  $p < 0,05$ )
- El nivel de ansiedad estado – rasgo en pacientes de cáncer de mama en tratamiento predomina el nivel alto en, con un 94% seguido del nivel moderado con 6% en los pacientes oncológicos.
- El nivel de ansiedad estado – rasgo en pacientes de cáncer de mama predomina el nivel sin ansiedad con 82% seguido del nivel Leve con 14% en los pacientes oncológicos.
- Existe diferencia significativa en la dimensión ansiedad estado en pacientes con y sin tratamiento, mediante la U = 851.
- Existe diferencia significativa en la dimensión ansiedad rasgo en pacientes con y sin tratamiento, mediante la  $T = -3.117$ .

## REFERENCIAS

Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento. (s. f.). Instituto Nacional del  
Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad->

[sufrimiento-](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-)

[pdq#:~:text=Las%20personas%20que%20viven%20con,%2C%20mental%2C%20social%20o%20espiritual.](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq#:~:text=Las%20personas%20que%20viven%20con,%2C%20mental%2C%20social%20o%20espiritual.)

Altamirano, R. (2021). *Ansiedad ante la muerte y resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo*. [Tesis pregrado, Universidad Privada del Norte. Repositorio UPN]

<https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/29364>

American Society of Clinical Oncology (ASCO), (2021) *Cáncer de Mama: Estadísticas*  
Approved Patient Information website:

<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estadisticas>

Ardila, Y.; Herrera, L. & Soler, K. (2020). *Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos*.

[Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia

Repositorio

UCC]

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17876/1/2020\\_depresion\\_ansiedad.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17876/1/2020_depresion_ansiedad.pdf)

Arias, G., Estévez, G., & Estévez, C. (2019). *Trastornos psicológicos en pacientes oncológicos con dolor crónico*. Medicentro Electrónica

- Arranz, A., García, M., Montenegro, G., Camacho, A., Pares, S., Goberna, J. (2017). *La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: Hospital Clínica- San Joan de Deu- sede Maternidad, Barcelona*
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA), (1975). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª edición). Masson, Barcelona.
- Antonovsky, A. (1987) The “Sense of coherence concept”En *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Antonovsky, A (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Science Medicine*. 36, (6), 725-733
- Beck, A. & Clark, D. (1985). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York. USA. Editorial: Desclée de Brouwer.
- Boletín Epidemiológico del Perú SE 05-2022 (2022). Análisis Situación De Salud. *Cáncer en el Perú según resultados de la vigilancia epidemiológica*.  
[https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20225\\_24\\_202501\\_4.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20225_24_202501_4.pdf)
- Burgess C, Ramirez A, Richards M, Potts HWW .Does the method of detection of breast cancer affect subsequent psychiatric morbidity? *Eur J Cancer*2002; 38:1622–5
- Canicali, C., Rodrigues, L., Goncalves, N., Andrade, P., Marabotti, F. & Costa, M. (2012) *La ansiedad en mujeres con cáncer de mama*. *Enfermería global*, 11 (4).

Cano, L. García, E. & López, S. (2020) *Diferencias en la ansiedad y depresión por variables contextuales en mujeres con cáncer de mama*, Artículo Científico México.  
<https://www.redalyc.org/journal/1332/133266739007/>

Chávez, L. (2023). *Barreras para la detección oportuna de cáncer de mama en el Perú durante la pandemia por la COVID-19. Análisis de la Endes 2020-2021*. [Tesis pregrado Universidad Ricardo Palma. Lima. Repositorio urp]  
[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6237/T030\\_76448729\\_T%20LOURDES%20CHAVEZ%20RODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6237/T030_76448729_T%20LOURDES%20CHAVEZ%20RODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Coasaca, L. (2019). *Prevalencia De La Ansiedad Y La Depresión En Pacientes Con Cáncer De Mama Y De Sus Cuidadores En El Hospital Arzobispo Loayza En El Periodo Enero - Diciembre Del 2018*. [Tesis pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. Repositorio unfv]  
[https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2893/UNFV\\_COASACA\\_CAMACHO\\_LOURDES\\_ROCIO\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2893/UNFV_COASACA_CAMACHO_LOURDES_ROCIO_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hernandez, M., Ruiz, A., Gonzales, A. & Gonzales, S. (2020) *Ansiedad, Depresión y Estrés asociados a la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama – Mexico*.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-48322020000300102](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322020000300102)

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN, 2020). *Indicadores hospitalarios 2020*.

Recuperado de:

<https://www.irennorte.gob.pe/pdf/estadistica/IGH2020-IS.pdf>

Gurney JG, Krull KR, Kadan-Lottick N, Nicholson HS, Nathan PC, Zebrack B, et al. Social outcomes in the childhood cancer survivor study cohort. *J Clin Oncol*. 2009 May; 27(14)

Jaimes, A.; Ramírez, L. & Romero, A. (2020). *Relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos*. [Tesis de grado, Bucaramanga – Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. Repositorio UCC]  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17864/5/2020\\_ansiedad\\_depresio\\_n\\_pacientes.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17864/5/2020_ansiedad_depresio_n_pacientes.pdf)

Lara, L., Salcedo, R. & Villoria, E. (2021). *Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas*. *Revista Medica Chile*. vol.149 no.5 pág. 708 – 713.  
<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n5/0717-6163-rmc-149-05-0708.pdf>

Mateo, V. (2022). *Intervención Psicológica Sobre La Ansiedad En Un Paciente Con Diagnóstico De Cáncer*. [Tesis de pregrado Lima – Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Repositorio UPCH]  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11655/Intervencion\\_MateoSuarez\\_Veralucia.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11655/Intervencion_MateoSuarez_Veralucia.pdf?sequence=1)

Mendoza, L. (2019). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes, 2018*. [Tesis de pregrado Tumbes – Perú: Universidad Nacional de Tumbes. Repositorio UNIT] <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/434/TESIS%20-%20MENDOZA%20PERALTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Minchola (2022). *Ajuste mental, según género, en pacientes con cáncer de un establecimiento de salud de la ciudad de Trujillo, 2021* [Tesis de pregrado. Trujillo – Perú: Universidad Antenor de Orrego. Repositorio UPAO] [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9863/1/REP\\_LAURA.MINCHOLA\\_AJUSTE.MENTAL.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9863/1/REP_LAURA.MINCHOLA_AJUSTE.MENTAL.pdf)

Ministerio de Salud (2022). *Sala Situacional del Cáncer en el Perú* <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE37/cancer.pdf>

Muñoz, S., Sánchez, R., & Toro, L. (2019). *Adaptación transcultural al español de la escala Distress Management del NCCN versión 2.2018 para su utilización en pacientes oncológicos en Colombia*. *Revista Colombiana de Cancerología*

Parra D., Cuadro M., V., Nies, Pávez, Romero, M., & Cabezas, C. (2020) *Percepción de las Enfermeras frente al manejo del dolor en niños en un Servicio Oncológico Hospitalario en Chile*. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2020; 9(2): 85-99.

<https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.2094>

Situación del cáncer en el Perú 2023. (2023, 7 junio). Seguros Oncológicos. <https://www.seguersoncologicos.com/situacion-del-cancer-en-el-peru-2023/>

Sociedad Española de Oncología Médica. (2020). *Las Cifras de Cáncer en España*

[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras\\_del\\_cancer\\_2020.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf)

Spielberger, C: (1966). *Tensión y Ansiedad*. México: Hamper & Row latinoamericana S.A de C.V.

Spielberger, C: (1972). *Ansiedad como un estado emocional*. México: tendencias corrientes en la teoría e investigación.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho- Oncolog*

## ANEXOS

### ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la diferencia entre el nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo?</p>	<p><b>O Objetivo general</b> Determinar la diferencia en el nivel de ansiedad estado – rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de centro médico de Trujillo.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar el nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos con tratamiento de centro médico de Trujillo. Identificar el nivel de ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos sin tratamiento de centro médico de Trujillo. Establecer la diferencia de la ansiedad estado en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de centro médico de Trujillo.</p>	<p><b>H. General:</b> Existe diferencia significativa en el nivel de ansiedad en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.</p>	<p><b>Variable 1:</b>  Ansiedad</p>	<p><b>Tipo de Investigación:</b> No experimental <b>Nivel de Investigación:</b> Básica <b>Diseño de Investigación:</b> Comparativa <b>Unidad de Estudio:</b> Pacientes oncológicos de Cáncer de mama <b>Población</b> 100 Pacientes oncológicos de Cáncer de mama que asisten al Centro médico; 50 en tratamiento y 50 sin tratamiento en seguimiento. <b>Técnicas:</b> Cuestionario <b>Instrumentos de recolección de datos:</b> IDARE</p>

	<p>Establecer la diferencia de la ansiedad rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de centro médico de Trujillo.</p>			
--	---	--	--	--

## ANEXO 2

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**TÍTULO:** Ansiedad estado rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento de un centro médico de Trujillo.

**AUTOR:** Amoroto Acevedo Claudia Annaliese, Leon Leon Elena Gabriela

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN
Ansiedad	Según Beck y Clark (1985) conceptualiza la ansiedad como la incomodidad como un síntoma emocional negativo que una persona puede experimentar, como nerviosismo, palpitations del corazón, sudoración y movimiento del cuerpo.	Ansiedad está en función al promedio de los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad y está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. (Spielberger, et al 1984).	Ansiedad rasgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de ansiedad 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40</li> <li>- Ausencia de ansiedad 21,26,27,30,33,36,39</li> </ul>	<b>Intervalo</b>
			Ansiedad estado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de ansiedad 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18</li> <li>- Ausencia de ansiedad 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20</li> </ul>	

### ANEXO 3

#### FICHA TÉCNICA E INSTRUMENTO:

##### PAGINA 1: FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre original : Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE)

Autor : C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene

Año : 1975

Adaptador : Castro Magán, María

Año de adaptación : 2015

Actualización : Amoroto Acevedo, Claudia Annaliese

Leon Leon, Elena Gabriela

Rango de Edad : Adultos

Forma de aplicación : De manera convencional, se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las subescalas en función de los intereses del examinador. La subescala ansiedad como estado se puede aplicar de manera repetida, incluso con intervalos de minutos.

Duración : Generalmente se requiere de un promedio de 15 minutos para la aplicación de ambas escalas.

Descripción: El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). autoaplicada. Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado se le orienta al sujeto que debe responder como se siente en el momento actual con relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación con los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo. Existen diferentes versiones al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberger, R. Díaz Guerrero y otros

(1966). El IDARE está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado.

Dimensiones:

Dimensión 1: A Rasgo (SXR) está conformado por ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A-Estado.

Dimensión 2: A-Estado (SXE) está conformado por 20 ítems (10 directos e inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. Mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto.

### **VALIDEZ, CONFIABILIDAD Y CALIFICACIÓN**

**Evidencia de validez:** Obtenida por el adaptador y por el alumno

Por el Adaptador: Los resultados de la evaluación de la contribución de los ítems del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en 200 pacientes que asisten a la Clínica de control de peso Isell Figura Vital de Trujillo, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido calculado con el coeficiente de correlación de Pearson, señalan que el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado es válido, debido a que los cuarenta ítems que forman parte del inventario, correlacionan de manera directa y muy significativamente ( $p < .01$ ) con la puntuación total en el instrumento.

Por las Autoras: Validez de constructo por el método Ítem-Test alcanzando valores de .24 hasta .80 evidenciando que los ítems son válidos para medir la variable. Dentro de la dimensión Ansiedad – Estado, se obtuvieron valores .24 hasta .85 demostrando que los ítems son válidos para medir la primera dimensión. En cuanto a la dimensión Ansiedad - Rasgo, se alcanzaron valores de .26 hasta .77 evidenciando que los ítems son válidos para medir la segunda dimensión.

**Confiabilidad:** Obtenida por el adaptador y por el alumno

Por el Adaptador: Respecto a la confiabilidad por consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach de las escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en una muestra de 200 pacientes atendidas en la Clínica de control de peso; reportando un índice de confiabilidad de la escala ansiedad estado mayor que el índice de confiabilidad que presenta la escala ansiedad rasgo, aunque en ambos casos la confiabilidad por consistencia interna es calificada como elevada y muy buena respectivamente.

Por las Autoras: La confiabilidad por el método de Consistencia Interna con el estadístico Alfa de Cronbach, alcanzando un valor en cuanto a la dimensión Ansiedad - Estado, se obtuvo un alfa de .817, es decir el instrumento presenta una confiabilidad adecuada respecto a la primera dimensión. De modo similar, en la dimensión Ansiedad - Rasgo, se alcanzó un alfa de .843, es decir el instrumento presenta una confiabilidad adecuada respecto a la segunda dimensión.

**Forma de calificación:**

El Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado está conformado por dos escalas, las cuales son la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Cada una de ellas se encuentra conformada por 20 ítems dando en total 40 ítems por todo el cuestionario. En el caso de la primera escala, esta posee 10 ítems negativos (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20); mientras que la segunda escala, 7 ítems negativos: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19. En lo que, referido a la calificación de cada ítem, en ambas escalas hay 4 categorías que van desde el 1 al 4, pero lo que significa cada uno es diferente en cada una de aquellas. Para la Escala de Ansiedad Rasgo el 1 significa Casi nunca; el 2, Algunas veces; el 3, Frecuentemente; y el 4, Casi siempre. En la Escala de Ansiedad Estado, el 1 significa No en lo absoluto; el 2, Un poco; el 3, Bastante; y el 4, Mucho.

Baremos: Tabla de baremos

Nivel	Dimensiones		Total
	Rasgo	Estado	
Alto	52 - 64	51- 64	80 - 99

Moderado	47 -50	46- 50	55 - 75
Leve	43- 46	41- 45	30 - 50
Sin ansiedad	30-42	29-40	1 - 25

## ANEXO 4

### FORMATO DEL INSTRUMENTO

#### IDARE

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

Ítem	Enunciado	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado (a)				
2	Me siento seguro(a)				
3	Estoy tenso (a)				
4	Estoy contraído (a)				
5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterado (a)				
7	Estoy preocupado (a) actualmente por un posible contratiempo				
8	Me siento descansado (a)				

9	Me siento Ansioso (a)				
10	Me siento cómodo (a)				
11	Me siento en confianza en mí mismo (a)				
12	Me siento nervioso (a)				
13	Me siento Agitado (a)				
14	Me siento “a punto de explotar”				
15	Me siento reposado (a)				
16	Me siento satisfecho (a)				
17	Estoy preocupado (a)				
18	Me siento muy agitado (a)				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

### IDARE

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

Ítem	Enunciado	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento Bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado (a)				
27	Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”				
28	Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder superarlas				

29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy Feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo (a)				
33	Me siento seguro (a)				
34	Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico (a)				
36	Me siento satisfecho (a)				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)				

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada "ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON Y SIN TRATAMIENTO DE UN CENTRO MÉDICO DE TRUJILLO", éste es un proyecto de investigación científica. Entiendo que este estudio busca conocer el nivel de ansiedad estado - rasgo en pacientes oncológicos con y sin tratamiento y sé que mi participación se realizará mediante la plataforma GOOGLE FORMS y consistirá en responder un cuestionario que tardará alrededor de 10 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, y que el beneficio será de manera indirecta para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Claudia Annaliese Amoroto Acevedo o al correo [claudiaamoroto@gmail.com](mailto:claudiaamoroto@gmail.com)

¿Deseo participar voluntariamente de esta investigación?

Si

No

## ANEXO 6

**Tabla 6**

*Análisis de Prueba de Normalidad mediante Kolmogorov Smirnov*

Variable	Grupo	KS	p
Variable Estado	Tratamiento	.074	.200
	Sin Tratamiento	.145	.011
Variable Rasgo	Tratamiento	.112	.002
	Sin tratamiento	.096	.002

*Nota:*  $N = 50$ ;  $KS$ =Kolmorov Smirnov;  $p$  = Significancia

En cuanto a la variable estado, dentro de la muestra de pacientes que están en tratamiento, se obtuvo en el estadístico de KS de .074 y una sig. de .200, mientras que en los pacientes sin tratamiento en seguimiento se obtuvo un estadístico de KS de .145 y una sig. de .011, es decir se utilizará una prueba de hipótesis no paramétrica de U de Mann Whitney. En cuanto a la variable rasgo, dentro de la muestra de pacientes que se encuentran en tratamiento, se obtuvo en el estadístico de KS .112 y una sig. de .002, mientras que en los pacientes sin tratamiento en seguimiento se obtuvo un estadístico KS de .096 y una sig. de .002, es decir que se utilizará una prueba de hipótesis no paramétrica de T de Student.