



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“ANSIEDAD Y DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO DE 8 A 12
AÑOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL
SALVADOR, LIMA - 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

**PRESENTADO POR:
PEREZ PAUCAR, GISELLA**

**ASESOR:
FERNÁNDEZ RENGIFO, WERTHER FERNANDO**

**LIMA – PERÚ
2021**

DEDICATORIA

Para mis padres que siempre
estuvieron ahí conmigo...
¡siempre

AGRADECIMIENTO

Mis colegas y profesores que me
alentaron a no rendirme

ASESOR:
FERNÁNDEZ RENGIFO, WERTHER FERNANDO

JURADO

Presidente : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario : Mg. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

vocal : Mg. Magdalena Petronila Rojas Ahumada

Índice

Dedicatoria	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	vii
Resumen	x
Abstract	xi
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. Justificación de la investigación.....	8
1.4.1. Teórica.....	8
1.4.2. Metodológica	9
1.4.3. Práctica	10
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	10
1.5.1. Temporal.....	10
1.5.2. Espacial.....	10

1.5.3. Recursos.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases teóricas	17
2.2.1. Definición conceptual de la ansiedad.....	17
2.2.2. La ansiedad en los niños.....	18
2.2.3. Dimensiones de la ansiedad.....	19
2.2.4. Evolución del dolor	21
2.2.5. Definición conceptual del dolor.....	21
2.2.6. Clasificación del dolor.....	22
2.2.7. Intensidad del dolor.....	23
2.3. Formulación de hipótesis	24
2.3.1. Hipótesis general.....	24
2.3.2. Hipótesis específicas	24
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Método de la investigación	26
3.2. Enfoque de la investigación	26
3.3. Tipo de investigación.....	26
3.4. Diseño de la investigación	26
3.5. Población, muestra y muestreo.....	27
3.6. Variables y operacionalización	28
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32

3.7.1. Técnica	32
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	32
3.7.3. Validación.....	33
3.7.4. Confiabilidad	34
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	35
3.9. Aspectos éticos	35
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	37
4.1. Cronograma de actividades.....	37
4.2. Presupuesto	37
5. REFERENCIAS.....	37
ANEXOS.....	44
Anexo 1. Matriz de consistencia	45
Anexo 2. Matrices de operacionalización de variables	47
Anexo 3. Instrumentos.....	51
Anexo 5. Asentimiento informado.....	53

Resumen

Introducción: ansiedad, miedo, angustia, incertidumbre y dolor son algunos sentimientos encontrados que atraviesa un niño durante la hospitalización, profundizar respecto a cómo se asocia la ansiedad con esa intensidad del dolor en el paciente pediátrico contribuirá a mejorar las intervenciones de comodidad y confort para esos niños durante los procedimientos invasivos de enfermería. **Objetivo:** Establecer como el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021. **Métodos:** el estudio será observacional, descriptivo, relacional y transversal. La población y muestra por conveniencia estará conformada de forma intencional por 80 pacientes pediátricos, niños de entre 8 a 12 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador entre el mes de octubre a noviembre del 2021, los cuales serán nuestros sujetos de estudio en los que se realizan procedimientos de enfermería y en quienes utilizando la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale – SCAS; Spence, 1997) de 32 ítems, más la Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS) se medirán la ansiedad y el dolor respectivamente. Los datos serán recolectados y procesados mediante pruebas no paramétricas para identificar la asociación entre ambas variables a fin de probar que el nivel de ansiedad es directamente proporcional a la intensidad del dolor que sienten.

Palabras claves: ansiedad, dolor, paciente, escolares, dolor pediátrico, enfermería pediátrica, cuidados de enfermería (DeCS).

Abstract

Introduction: anxiety, fear, anguish, uncertainty and pain are some of the conflicting feelings that a child goes through during hospitalization. Going deeper into how anxiety is associated with pain intensity in the pediatric patient will contribute to improve comfort and comfort interventions for these children during invasive nursing procedures. **Objective:** To establish how the level of anxiety is related to the intensity of pain in pediatric patients aged 8 to 12 years at the Emergency Hospital of Villa El Salvador, Lima - 2021. **Methods:** the study will be observational, descriptive, relational and cross-sectional. The population and sample by convenience will be intentionally conformed by 80 pediatric patients, children between 8 and 12 years old hospitalized in the Pediatric Service of the Emergency Hospital of Villa El Salvador between October and November 2021, who will be our study subjects in whom nursing procedures are performed and in whom using the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS – SCAS32; Spence, 1997) of 32 items, plus the Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS) will be used to measure anxiety and pain respectively. The data will be collected and processed by nonparametric tests to identify the association between both variables in order to prove that the level of anxiety is directly proportional to the intensity of the pain they feel.

Key words: anxiety, pain, patient, school children, pediatric pain, pediatric nursing, nursing care (DeCS).

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La ansiedad es una condición fenomenológica ordinaria y defensiva frente a eventos que involucran riesgos, peligros o situaciones comprometedoras y que favorecen a advertir al sujeto de probables daños. Por esto, debería distinguirse entre el malestar habitual y la patológica, teniendo presente la edad del infante y su grado madurativo, debido a que muchas actitudes que en el maduro implicarían un definido diagnóstico, en el infante son expresiones de su fase evolutiva. Es así como, los trastornos de ansiedad conforman una de las categorías diagnósticas más prevalentes de la psiquiatría del adolescente y del joven (1).

La ansiedad logra mostrarse como miedo o preocupación y consigue crear niños quisquillosos y disgustados. La sintomatología incluye además dificultades para dormir, fatiga, dolores de cabeza o dolores de estómago. Muestras de las diversas tipologías de trastornos de ansiedad se manifiestan como: sentir temor al estar apartados de los papás (ansiedad de separación). Sentir un temor extremo sobre una circunstancia algo definido, como los animales, bichos o ir al médico (fobias). Sentir mucho temor de sitios donde haya personas (ansiedad social). Exponer frecuentes sucesos de temor profundo, súbito e imprevisible, que se generan con indicios como latidos del corazón o complejidad para inspirar, o sentirse debilitado, trémulo o mojado (trastorno de pánico) (2).

Las medidas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en los niños fluctúan de manera considerable de unos estudios a otros en funcionalidad del diseño del análisis epidemiológico, de los juicios diagnósticos utilizados y de la fuente de información referida en el análisis. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de estos

trastornos de ansiedad en niños está entre el 3% a más del 21%, siendo recurrente la coocurrencia de diversos trastornos ansiosos en el mismo individuo y/o la comorbilidad con otros fenómenos psiquiátricos, los cuales se ven incrementados en el paciente pediátrico durante la hospitalización (3).

El ingreso hospitalario del paciente pediátrico implica una variación en la vida cotidiana del chico y, por consiguiente, es una vivencia enormemente estresante para él y su familia manifestándose en elevados niveles de ansiedad en más del 30% de ellos, que complican los procedimientos e inciden en su sanación. Por ello, se hace indispensable que el equipo asistencial que atienda al niño y a su familia como la organización del centro hospitalario inviertan esfuerzos en generar tácticas que fomenten un entorno hospitalario más humanizado, modificando esas condiciones tanto del medio ambiente como organizativas que fueran correctas para facilitar la habituación del paciente y sus parientes en el nosocomio, con el propósito de evadir las actitudes psicológicas negativas que aparecen a lo largo de la estancia hospitalaria (4).

Actualmente es desgarrador ver a los chicos llorar y llamar a cada momento a su mamá, es más común en los chicos pequeños, debido a que los adolescentes se distraen con los celulares y televisores; sin embargo, a medida que los chicos permanecen más tiempo en las camas hospitalarias realizan muestras de querer salir, jugar o que las enfermeras los presten atención; no obstante, estas acciones no se pueden realizar debido al reducido personal y a la alta carga laboral. De esa manera, es factible que los chicos en la hospitalización presenten graves cuadros de ansiedad y estrés, lo cual puede impactar en su afrontamiento hacia la enfermedad, en su recuperación y paralelamente en su desarrollo (5).

Una mediación o intervención quirúrgica y los procedimientos de enfermería pueden producir una alta ansiedad en los chicos que hasta cierto punto es lógica, inclusive nosotros mismos entendemos que tiene que existir ya que es usual que al entrar en el quirófano o ser sometido a algún procedimiento nos preocupemos al no saber qué va a pasar. Por eso, auxiliar al grado emocional de los chicos debería ser parte del trabajo de la enfermera, aun cuando sea una ansiedad común o leve se debe dar cuidado que minimice aquellas emociones negativas (6).

La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor ha determinado al dolor como una vivencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un mal tisular real o potencial; en un niño al ser enfrentado a esta vivencia representa un elevado efecto para lo demás de su historia, los efectos psicológicos a corto y extenso plazo se manifiestan como secuelas en la conducta, como por ejemplo trastornos del sueño, trastornos de la ingesta de alimentos o agresión hacia otras personas. En EE. UU. anualmente más de 1 millón de chicos se someten a cirugía, el 80% de esos chicos experimentan dolor moderado a severo hasta 2 semanas luego de una cirugía grande, lo cual influye en su conducta (7).

El dolor y su intensidad es una vivencia multidimensional y su medida se ve complicada por componentes como la edad, el desarrollo cognitivo y las vivencias previas del dolor. La medición de la intensidad del dolor y la ansiedad en el niño siguen siendo temas infravalorados y, por tanto, infra tratados en los servicios de hospitalización pediátrica debido al insuficiente conocimiento, al apremio asistencial y al elemento tiempo que hacen complejo atender y entender estos fenómenos dentro del contexto del cuidado o proceso de atención enfermero (8).

La ansiedad, el miedo y el dolor en el infante de 0-3 meses no lo entiende y no es capaz de localizarlo. En los niños de 6-18 meses además de localizarlo su contestación al dolor está influenciada por cambiantes como la división de los papás o la memoria (experiencias previas), y reaccionan a él con miedo y ansiedad ofreciendo resistencia física. Pero, en los niños desde los cinco años hacia los doce años se pueden diferenciar estadios de mayor magnitud o intensidad de dolor, dependiendo de la localización y del tipo de dolor, lo cual está asociado a eventos angustiantes como el miedo y la ansiedad generalizada que de no manejarse a tiempo pueden ser muy perjudiciales para el chico en su formación psicomotriz y cognitiva (9).

Los chicos que son hospitalizados e ingresan a cuidados pediátricos en su totalidad padecen de ansiedad y dolor, ya que están enfrentados a diversos procedimientos y prácticas punzantes, éste dolor que atraviesan los chicos de forma constante y vasta hace que se acreciente el riesgo de sufrir cambios a mediano y largo plazo, repercutiendo en su desarrollo psicosomático, en su conducta y en su aprendizaje escolar; por eso, es de fundamental trascendencia advertir y tratar de reducir o manejar la intensidad de su dolor mediante la observación de trastornos como la ansiedad, ya que estos son factores que contribuyen a la morbimortalidad infantil (10).

Los procedimientos de enfermería como la venopunción y otros de injuria son un caldo de cultivo prolijo para la ansiedad, malestar y temor en los chicos, logrando seguir este temor hasta la edad adulta gracias a esas vivencias anteriores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversas comunidades pediátricas apuestan por mejorar la valoración y el procedimiento del manejo del dolor y la ansiedad en los chicos a lo largo de las técnicas invasivas. La mayor parte de los chicos sienten diferentes tipos de intensidad de dolor y

ansiedad generalizada previamente y a lo largo de la punción debido a un temor natural a las agujas y demás artefactos biomédicos que forman parte de los procedimientos en salas de pediatría (11).

Evaluar la intensidad del dolor, la ansiedad, el miedo y la angustia y profundizar respecto a cómo se asocia la ansiedad con esa intensidad del dolor en el paciente pediátrico contribuirá a mejorar las intervenciones de comodidad y confort para esos niños durante los procedimientos invasivos de enfermería. Sin embargo, es importante distinguir entre la provisión de un manejo holístico del confort y el alivio del dolor. La comodidad holística se centra en tratar la experiencia completa del procedimiento del niño e incluye más que simplemente reducir la intensidad del dolor, es conocer todos los factores relacionados con este fenómeno (12).

Sin embargo, actualmente la valoración de la intensidad del dolor y la ansiedad como variable predictora se siente inoportuna por las particularidades singulares del paciente pediátrico que crean barreras para el oportuno manejo del dolor a través de la disminución de la ansiedad. Si bien hay varios tipos de mediaciones farmacológicas y no farmacológicas para intentar aliviar el dolor en el niño frente a métodos invasivos como la venopunción y/o la canalización venosa, su evaluación a través de la ansiedad previo al procedimiento doloroso es aún bastante reducida (13). De ahí la necesidad de desarrollar este tipo de investigación aplicada que en nuestro país es aún poco explorada.

El Hospital de Emergencias de Villa El Salvador; dio su inicio en el año 2016, en la cual brinda atención de urgencias y emergencias médicas y quirúrgicas de regular complejidad. Es de categoría nivel II E, el cual concierne al segundo nivel de atención

ejecutando la función, prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; y en la actualidad es un nosocomio de referencia de la zona sur.

El área de hospitalización de pediatría está conformada en cada rotación por cuatro Lic. en Enfermería y cuatro técnicos de enfermería. Los pacientes ingresan de los servicios provenientes de emergencias, uci y sala de operación donde deben estar acompañados de forma obligatorias por su tutor (mama o papa) del paciente; está dividido por lados y aislados con un total de 36 camas para el servicio de pediatría.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo la dimensión ataque de pánico-agorafobia de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?

- ¿Cómo la dimensión ansiedad por separación de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?

- ¿Cómo la dimensión fobia social de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?

- ¿Cómo la dimensión miedo al daño físico de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?

- ¿Cómo la dimensión trastorno obsesivo-compulsivo de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?

- ¿Cómo la dimensión ansiedad generalizada de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima – 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer como el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar como la dimensión ataque de pánico-agorafobia de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Identificar como la dimensión ansiedad por separación de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Identificar como la dimensión fobia social de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Identificar como la dimensión miedo al daño físico de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Identificar como la dimensión trastorno obsesivo-compulsivo de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Identificar como la dimensión ansiedad generalizada de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Existe una nueva corriente de investigación orientada a mitigar el grado de dolor en los usuarios pediátricos relacionándola con la ansiedad y asociándola al miedo; por ello

resulta de especial interés conocer los niveles de ansiedad e intensidad de dolor para que a partir de esta evidencia científica se busque opciones de resolución para optimizar la calidad de atención en el espacio intrahospitalario y procurar así un manejo adecuado del dolor para evitar complicaciones a futuro.

También busca contribuir al diseño de estrategias para brindar intervenciones de comodidad y confort para los niños durante los procedimientos invasivos de enfermería, valorando la escala de ansiedad e intensidad de dolor mediante instrumentos válidos y confiables, con el propósito de brindar los cuidados adecuados. Asimismo, contribuirá a brindar información a los papas sobre signos y síntomas, diagnóstico y manejo oportuno de la ansiedad para mitigar el dolor en sus hijos. Por otra parte, la investigación contribuye a analizar el problema actual y la incidencia de estos fenómenos en pediatría.

En ese sentido, se justifica teóricamente la realización de este trabajo dado que los procesos de estimación cuantitativa del dolor mediante instrumentos válidos y confiables son los principios de la indagación de un fenómeno tan importante como es la cuantificación de la intensidad de ese dolor en el niño, lo que contribuirá a mejorar la práctica clínica en estos servicios hospitalarios para dar cuidados de calidad y eludir eventos adversos (14).

1.4.2. Metodológica

En el presente trabajo revisaremos material bibliográfico disponible para generar una investigación abierta al debate académico. Basaremos nuestros argumentos, métodos y herramientas en un enfoque cuantitativo, descriptivo, relacional y transeccional que nos ayudará a recolectar información que nos permita dar respuesta al problema planteado en correspondencia con el método científico. Por ello, en este estudio trabajaremos por mostrar

la mejor evidencia científica que aporte al conocimiento de la ansiedad para el manejo del dolor a la que están sometidos los niños y de esta forma optimar su calidad de vida.

1.4.3. Práctica

Desde un punto de vista práctico, debería reflejar la necesidad de una evaluación continua de la ansiedad y del dolor pediátrico entre las enfermeras del servicio, además, este también es el caso en otros hospitales en donde se podría evaluar estos fenómenos; ya que, la falta de comprensión del manejo del dolor infantil puede tener consecuencias negativas para la salud a inmediato y más adelante, entre ellos se destacan los problemas de comportamiento, el aprendizaje y los cambios hormonales, pero sugerencias recientes es que se debe tener en cuenta que el dolor como el quinto símbolo más importante que se encuentra en el cuidado general e integral de los niños y sus familias (14).

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Esta iniciativa de trabajo investigativo se realizará en el tiempo comprendido entre noviembre a diciembre del año 2021.

1.5.2. Espacial

El trabajo se realizará en el Servicio de Pediatría del Hospital II-E de Emergencias de Villa El Salvador que brinda atención de emergencias y urgencias médicas y quirúrgicas de mediana complejidad a la población asentada en el cono sur de Lima Metropolitana.

1.5.3. Recursos

Para la construcción de este trabajo académico se hará uso de fuentes bibliográficas impresas y digitales, publicaciones científicas indexadas, registros y archivos hospitalarios disponibles y elaboración de fichas de encuesta y observación. Así mismo se hará uso de los recursos tecnológicos, tecnologías de la informática y comunicación. Para ello, el investigador y su equipo asumirán el financiamiento del presente trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Sánchez Rodríguez (15), en España el 2016, en su trabajo de investigación observacional, comparativo y transversal cuyo objetivo principal fue: *“estudiar las características psicométricas de cuatro escalas para evaluar la intensidad del dolor en población infanto-juvenil: la escala numérica (NRS-11), la escala de caras revisada (FPS-R), la escala visual analógica (VAS) y la escala de color analógica (CAS) cuando se administran en formato electrónico y analizar la correspondencia entre las valoraciones de las diferentes escalas y entre las calificaciones de las distintas versiones de las mismas”*. Encontró que la NRS-11, la FPS-R, la VAS y la CAS son 4 escalas que evalúan en esencia una exclusiva magnitud, es decir, la intensidad del dolor, tanto una vez que se aplican en su versión clásico como una vez que se usan en formato electrónico. Asimismo, las valoraciones logradas con las variantes electrónicas de las 4 escalas han mostrado ser iguales a las registradas por medio de sus variantes clásicos y al parecer los chicos prefieren las versiones electrónicas (15).

Carlos-Ulloa (16), el 2016 en Colombia, realizó un trabajo investigativo observacional, descriptivo y transversal cuyo objetivo general fue: *“validar la escala de dolor Llanto en neonatos y menores de 5 años atendidos en dos hospitales”*. Se circunscribieron en chicos con dolor agudo, clasificándolos en 2 equipos: neonatos y chicos entre 1 mes y 5 años atendidos en el Instituto Cardioinfantil y el Hospital Universitario Mayor. Se empleó la escala Llanto y se cotejó con las escalas PIPP y FLACC, conforme el

conjunto de edad. Se hallaron resultados estadísticamente significativas entre la escala Llanto y las escalas PIPP y FLACC, mostrando la validez de ese instrumento Llanto como procedimiento de evaluación de dolor en neonatos y la intensidad del dolor chicos menores de 5 años en una población de Colombia (16).

El 2017 en España, Rodríguez (17), ejecutó un trabajo académico de revisión sistemática cuyo objetivo fundamental fue: *“determinar las metodologías farmacológicas y no farmacológicas para disminuir el dolor y la ansiedad antes, durante y después de la punción venosa; además de examinar la efectividad de cada uno de ellos y compendiar unos aspectos que los enfermeros deben tener en cuenta para el uso de estas técnicas”*. Después de la exploración de la literatura elegida se verificó que, a pesar del enorme conjunto de procedimientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles para el manejo del dolor y la ansiedad durante la venopunción, no hay un exclusivo procedimiento integral con bastante efectividad que guíe la práctica clínica de enfermería. No obstante, con la mayor parte se consigue un óptimo manejo del dolor y de la ansiedad, lo cual beneficia un progreso popular de todos los métodos (17).

El 2018 en México, Milanez (18), ejecutó una investigación cuantitativa, observacional, descriptivo y transversal cuyo objetivo general fue: *“determinar cuál es el nivel de ansiedad y dolor en la recuperación quirúrgica de los niños escolares del Hospital General de Pachuca”*. Se estudiaron por conveniencia a 50 niños en edad escolar en recuperación después de una intervención quirúrgica y que pasaron al servicio de pediatría. Se usó la prueba de ansiedad de Hamilton y la escala visual analógica para valorar el nivel dolor en los chicos. Se llegó a la conclusión de que un 10% de los niños presentaba una ansiedad severa patológica, un 54% una ansiedad moderada y un 8% presentó una baja

ansiedad durante su estancia en el servicio. En cuanto al dolor, un 4% de ellos manifestaron tener un dolor muy alto, un 54% medio y un 8% un nivel bajo. Las manifestaciones en el 64% de los niños estuvieron marcadas por el nerviosismo, la sudoración, sequedad en la boca, cefaleas, palidez y mucha tensión (18).

El 2018 en España, Martínez (19) realizó un trabajo académico de revisión sistemática con la finalidad de: *“examinar el uso de las nuevas tecnologías para el manejo del dolor y la ansiedad del paciente pediátrico en el entorno hospitalario”*. Se explicó las novedosas tecnologías accesibles en el desempeño de la ansiedad y el dolor pediátrico. Posteriormente se ha examinado la usabilidad de éstas a lo largo de diferentes métodos: criopresión, cuidado de quemaduras, cuidado de heridas, métodos involucrados con agujas y lapso perioperatorio. La ventaja clínica de las novedosas tecnologías como procedimiento de distracción en el funcionamiento del dolor y la ansiedad pediátrica está comprobada y sus utilidades son alentadoras. La distracción activa es más positiva que la pasiva, por lo cual los videojuegos iterativos y la realidad virtual multisensorial son mejores en el decrecimiento de estas señales a lo largo de métodos invasivos comparativamente con dispositivos que no necesitan ningún tipo de relación (19).

El 2019 en España, Merino (20) realizó una revisión sistemática con el propósito de *“establecer la validez de las escalas de valoración del dolor en el paciente pediátrico”*. Encontrando que las escalas autoadministradas tienen que ser las de primera elección, aun cuando no hay consenso en cuál es la edad mínima, difiriendo entre los 4 y los 8 años. En este conjunto muchas son las escalas utilizadas. Se han apreciado los beneficios y restricciones de las escalas más aprendidas en la literatura contemporánea. Conclusiones: A

pesar de que el Gold Standard sean las escalas autoadministradas, no hay acuerdo sobre cuál podría ser la edad desde la cuál deberían comenzar a utilizarse (20).

En el 2020 en España, Fernández (21) efectuó un estudio observacional, descriptivo, relacional y prospectivo con el objetivo principal de: *“determinar el nivel de estrés/ansiedad en los niños durante la venopunción y/o canalización venosa”*. Entre los 50 chicos evaluados que acudieron a la unidad de Urgencias Pediátricas del Nosocomio Universitario de Cabueñes y que precisaron venopunción y/o canalización venosa se puede asegurar existente interacción entre el nivel de dolor y el nivel de ansiedad real /anticipatoria en los chicos. Los chicos sometidos a canalización venosa han confirmado más grande grado de dolor que esos otros a los que se les ha llevado a cabo venopunción. No se ha predeterminado interacción alguna entre el sexo y el nivel de dolor y ansiedad. Existe interacción significativa entre el dolor y la edad, más que nada, en los chicos pequeños. Se alcanzó a la conclusión de que los métodos invasivos con agujas ocasionan dolor y ansiedad en los chicos que tienen la posibilidad de crear secuelas negativas en futuras vivencias. Se demostró existente interacción significativa entre el dolor y la ansiedad real/anticipatoria en los chicos a los que se les practicó la venopunción y/o canalización venosa (21).

Nacionales

Jiménez (22) en Pimentel el 2016, realizó una investigación prospectiva transversal de diseño cuasi experimental con el objetivo principal de: *“evaluar la influencia de la musicoterapia para el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos que acudieron a la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, 2016”*. Con la colaboración de 88 usuarios pediátricos entre los 6 y 9 años como muestra, previa permisión de los papás, divididos de forma aleatoriamente en proporciones iguales se aplicó la intervención. Los

resultados conseguidos presentan que el valor de t de Student es enormemente relevante ($p < 0,01$) existiendo diferencias significativas en el funcionamiento de la ansiedad entre los dos grupos pacientes pediátricos valorados. Con los datos evidenciados se concluyó que la musicoterapia influye positivamente en el desempeño de ansiedad, que muestran los usuarios pediátricos a lo largo de los tratamientos y procedimientos biomecánicos (22).

Ortiz (23) en Lima el 2016, ejecuto una investigación de diseño cuasi experimental con la finalidad de: *“identificar los efectos de la musicoterapia, como tratamiento complementario, en el grado de intensidad del dolor postquirúrgico en pacientes pediátricos en la unidad de Neurocirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”*. En una muestra de 40 pacientes pediátricos de 5 a 17 años, 20 pacientes del conjunto empírico que han acogido sesión de musicoterapia típica por 30 min y 20 pacientes conjunto control quienes no han admitido sesión de musicoterapia, en los dos equipos se usaron escalas CHEOPS (de 5 a 7 años), De la cara (8 a 17 años). Se obtuvo que la valoración del dolor en el conjunto empírico de 8 a 17 años a las 24 horas post operados ha sido de $5 \pm 1,9$ (moderado) y siguiente a la musicoterapia, el puntaje del dolor ha sido de $3,2 \pm 1,6$ (moderado). Se llegó a la conclusión de que la musicoterapia reduce el grado de intensidad del dolor postquirúrgico en usuarios pediátricos (23).

Alcántara y Márquez (24), el 2018 en el Callao, efectuó un estudio de investigación cuantitativo de diseño cuasi experimental con el objeto principal de: *“identificar la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”*. Se aplicó un instrumento cuestionario de evaluación antes y después de utilizar la mediación educativa al conjunto empírico y de corte transversal, se experimentó la variable de conocimientos en el

desempeño del dolor y se escogió la población de 40 enfermeras que laboraban con pacientes con dolor, divididos en conjuntos control y empírico. Se destinó a las enfermeras la participación educativa sobre desempeño de dolor al conjunto empírico con la aceptación del archivo de consentimiento reportado. Conclusión la aplicación de la mediación educativa es positiva en la modificación de los conocimientos de desempeño de dolor en enfermeras del Nosocomio Nacional Edgardo Rebagliati Martins (24).

Últimamente, en Lima el 2020, Tone Mamani (25) realizó un proyecto de investigación de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal con la finalidad principal de: *“identificar el manejo del dolor en pacientes pediátricos por el profesional de Enfermería en la UCI de un hospital pediátrico de Lima, 2020”*. En una muestra por conveniencia de 50 enfermeras del servicio de pediatría y en el marco del proceso de validación y confiabilidad de su instrumento creado en una escala de tipo Likert para evaluar el nivel de conocimiento en el manejo del dolor encontró que el 60% tiene un nivel medio, un 30% un nivel bajo y solo un 10% posee un nivel alto. Lo cual corrobora la necesidad de emprender estrategias de enseñanza al respecto (25).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición conceptual de la ansiedad

La ansiedad es un vocablo que dejó los libros de diagnóstico y el tecnicismo biomédico para constituirse en parte del quehacer diario y del vocabulario popular, lo cual permitió que este trastorno por el momento no sea visto como tabú, es fundamental identificarlo más allá de un malestar emocional o la expresión de incomodidad, por lo cual una revisión teórica resulta indispensable. En ese sentido, la definición conceptual adoptada en este trabajo académico está dado por: *“la ansiedad es una situación de vulnerabilidad*

emocional donde la persona está enfrentado a circunstancias de temor, intranquilidad, nerviosismo y más que nada de tensión, que de alguna forma altera la conducta del individuo, más todavía en los chicos, quienes son los que experimentan situaciones novedosas". Los teóricos imprimen dos elementos significativos. El primero se presenta como un estado de ánimo que crea malestar e incomodidad, en la situación de los chicos lo tienen la posibilidad de exteriorizar de diferentes posibilidades como rabietas, llantos incomprensidos, furia no justificada o bajo rendimiento académico por la carencia de concentración. El segundo componente es existente a una distorsión cognitiva, ósea la menor estima a una situación riesgosa o un acontecimiento negativo una vez que no precisamente hay pruebas que esto sea cierto, y si lo es, amplifica tal acción que muestra una perspectiva negativa (26).

Por ende, no es raro ver que las diversas averiguaciones por medio de orientaciones teóricas psicológicas pretendan ofrecer una especificación reflexiva y sucinta de los procesos biopsicosociales por los que pasa o instruye los trastornos de ansiedad. En este entorno, las teorías sobre la ansiedad presentan una gigantesca amplitud a partir de diversos paradigmas y modelos, del mismo modo el esclarecimiento teórico sobre este constructo permite que se acepte la evolución y las nuevas trascendencias que se tiene en relación con su sintomatología y etiología (26).

2.2.2. La ansiedad en los niños

No todos los chicos ansiosos tienen la misma conducta o comportamiento, cada uno a partir de su peculiaridad va a tener un rasgo especial, aun cuando hay puntos habituales, al mismo tiempo cada infante manifestará en su propio lenguaje el origen de su ansiedad. Sin embargo, una vez que esta se vuelve incontenible, pierde su objetivo de proteger y a la

inversa se vuelve peligrosa ya que crea en el infante miedo e inseguridad. Además, la ansiedad es vista “como una condición de duda, inseguridad que entorpece la función de habituación del infante a la vida diaria, más que nada una vez que se siente amenazado”. La ansiedad podría ser causada por división de los papás, pues el infante pasa un largo tiempo únicamente, pues no posee hermanos o sencillamente pues algo le ocasiono miedo y no se reforzó dicha situación (27).

La ansiedad, se traduce en un cambio emocional que produce desequilibrio, inestabilidad y que se onstruye frente a los estímulos externos, dejando al muchacho ensimismado, sin competencia para admitir el apoyo, aun cuando esta conducta frecuente sea inicial, para más adelante ofrecer paso a un comportamiento plenamente opuesto. La ansiedad infantil como “la anticipación aprensiva de un entorno peligroso o una calamidad en el futuro la cual va escoltada de un sentimiento de molestia o tensión”, frecuentemente la ansiedad provoca que se anticipen los finales de eventos diarios, ocasionando mucho temor, llegando inclusive a querer evadir instantes que no son verdaderamente de tanta trascendencia, empero que gracias a la ansiedad se transforman en caos (27).

2.2.3. Dimensiones de la ansiedad

Se desenrollaron sobre la base de la propuesta teórica de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS) (Susan Spence, 1997) y está dividida en las siguientes 6 dimensiones descritas por Hernández-Guzmán et al. (28):

1) Ataque de pánico/agorafobia

Es la actitud excesiva guiada por el temor frente a situaciones que el niño puede tener en cuento al peligro. La procedencia de la agorafobia casi continuamente son la

sobreprotección, el desmesurado cuidado de los papás por miedo a que sus hijos puedan sufrir, el sometimiento emocional negativo, etcétera.

2) Ansiedad de separación

Se produce un miedo excesivo, una impresión de que el niño está desatendido, negado, de que nadie lo desea, o sea, se siente plenamente desamparado y esta emoción no le dejará hacer ni una actividad de forma segura; por otro lado, forjará en él diversas incertidumbres y vacilaciones.

3) Fobia social

Son las emociones extremas de timidez e inhibición que se convierten en un temor muy potente. Consiguientemente, el niño se muestra sumamente afligido al involucrarse en escenarios de convivencia social.

4) Miedo al daño físico

Se presenta cuando el niño percibe y exhibe un temor inverosímil, anómalo y enfermizo de herirse, lacerarse o de no poder soportar algún procedimiento o herida física que lo vuelve irascible.

5) Trastorno obsesivo-compulsivo

Se manifiesta con ideas o sentimientos absurdos producto de los miedos (obcecaciones) que estimulan conductas agresivas o coercitivas en los niños.

6) Ansiedad generalizada

Muestra indicios semejantes a los del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo. Los indicios integran inquietud constante, preocupación e inconvenientes para concentrarse y tranquilizarse (28).

2.2.4. Evolución del dolor

A pesar de estar incluido en una condición mundial, el dolor no se pronuncia de igual forma en cada una de las civilizaciones y quizás no sea sentida del mismo modo por las personas. La trascendencia del dolor es sentido totalmente diferente no sólo de un individuo a otro, sino, además, según con su cultura, preguntas anatómicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas. El ser humano conoció el dolor a partir de sus inicios, cohabitó y combatió contra sus infortunios, es indecible el temor, el malestar, la angustia a los que estuvo arriesgado el ser humano a lo largo de milenios, por esa razón el interés en comprender su naturaleza, entenderlo y controlarlo (29).

Se profesaba que elementos como el clima, el medio ambiente, la nutrición y el trabajo podrían interpretar el dolor como un estado de disfunción creado por factores externos y alterar el equilibrio que provoca la afección. Se cree que el dolor comienza con falta o exceso de humor (insomnio). Platón observó que la alegría a menudo proviene del alivio del dolor. Entiende que el dolor es como una sensación desagradable de luchar, que cree que es creada no solo por estímulos externos, sino también por la experiencia emocional del alma. Por lo tanto, durante miles de años, el tratamiento del dolor se ha opuesto a la noción mágica de patología, utilizando una variedad de brebajes vegetales, cortezuelas, tallos y raigones en la farmacopea sobrenatural. Los avances históricos en la investigación del dolor a veces han mostrado un interés constante en buscar nuevos conocimientos sobre el alivio del dolor (29).

2.2.5. Definición conceptual del dolor

La definición conceptual está dada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que define el dolor como: *"El dolor es una experiencia sensorial y emocional*

brusca, real o potencialmente vinculada al daño de un tejido y se describe como la percepción de tales daños tisulares" (30).

2.2.6. Clasificación del dolor

Hay varias categorías y patrones de dolor pediátrico. Esta clasificación se da según la duración de la enfermedad posterior, así como la patología, su localización, su progresión o su intensidad. A continuación, se clasifica cada categoría y su subdivisión (30).

Según su permanencia, puede ser:

a) Agudo: este ejemplo de dolor es restringido en el lapso y con exiguo mecanismo moral. Permanencia mínima a 12 semanas.

b) Habitual: el dolor habitual es inmenso en su permanencia, además está escoltado de mecanismos morales. Persistencia 12 semanas o más.

Según su patogenia, puede ser:

1. Neuropático: Se produce por estimulación directa del sistema nervioso central o daño a las vías nerviosas periféricas. Se ha descrito que se acompaña de escozor, ardor, parestesias y parestesias, hiperfosfatemia, hipoestesia y parestesias.

2. Nociceptivo: Es el más habitual y se subdivide en anatómico y visceral.

2.1. Anatómico: Se origina por estimulación inaudita de receptores anatómicos ligeros o subterráneos (piel, músculo esquelético, vasos sanguíneos, etc.). Este es un dolor punzante delimitado que se difunde a lo largo de las vías nerviosas.

2.2. Visceral: Se provoca por estimulación de receptores viscerales. Este dolor sub localizado es constante y severo. Puede difundir lejos del lugar de origen. A menudo se acompaña de síntomas autonómicos.

3. Psicógeno: Entra el entorno psicosocial que envuelve al sujeto. Es propia la necesidad cada vez mayor de analgésicos ineficaces.

Según el curso que sigue, puede ser:

1. Continuo: Constante por un extenso período del día y no se esfuma.
2. Irruptivo: Dolor severo paroxístico transitorio en sujetos bien manejados con dolor firme. El dolor accidental es un subtipo de dolor repentino causado por los movimientos o el comportamiento espontáneo de un paciente.

Según la intensidad, puede ser:

1. Leve: Consigue ejecutar diligencias cotidianas usuales.
2. Moderado: Estorba con las diligencias acostumbradas.
3. Severo: Irrumpe con el descanso.

Según la farmacología, puede ser:

1. Responde bien: pacientes con dolencias viscerales y somáticas.
2. En parte sensible: dolor óseo (también son ventajosos los AINES) y el dolor por presión de nervios adyacentes (es útil relacionar a un medicamento esteroide).
3. Apenas sensible: enfocado a sujetos con dolor por convulsión de la carnosidad estriada y por infiltración destrucción de nervios adyacentes (31).

2.2.7. Intensidad del dolor

Es el componente emocional del dolor que surge de las conexiones sinápticas de las redes neuronales de la corteza cerebral, el sistema límbico y el lóbulo frontal. En fisiología neonatal, el desarrollo anatómico pedido para la transferencia del dolor ocurre durante toda la etapa fetal. Los síntomas del dolor dependen del desarrollo de sistemas de respuesta al estrés, como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, el aumento de la presión intracraneal, la mengua del tono vagal del corazón, la saturación de oxígeno y el flujo sanguíneo periférico. Para identificar el dolor de un niño, es importante observar las

expresiones faciales, los movimientos corporales, los gritos y otros comportamientos atípicos del niño (30).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: El nivel de ansiedad se relaciona directa y significativamente con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

Hi: “a mayor ansiedad, mayor dolor”

H0: No existe relación significativa entre el nivel de ansiedad y la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la dimensión ataque de pánico-agorafobia de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Existe relación significativa entre la dimensión ansiedad por separación de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.

- Existe relación significativa entre la dimensión fobia social de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Existe relación significativa entre la dimensión miedo al daño físico de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Existe relación significativa entre la dimensión trastorno obsesivo-compulsivo de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.
- Existe relación significativa entre la dimensión ansiedad generalizada de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se empleará el hipotético - deductivo. El concepto de método está ligado a la investigación y la complejidad de esta, el método nos permite simplificar esta complejidad y presentarlo mediante elementos significativos de un problema, estructuras conceptuales y explicaciones causales. La importancia de elegir el método correcto consiste en abordar ordenadamente una parte de la realidad y que depende del sujeto cognoscente la utilidad que se pueda conseguir a través de un trabajo de investigación (32).

3.2. Enfoque de la investigación

El trabajo académico se ejecutará mediante el enfoque cuantitativo, este procedimiento es cuidadoso, metódico, empírico a través de los cuales se genera el conocimiento. En esta investigación se usa recojo de datos para demostrar hipótesis con base en el cálculo numérico y el análisis estadístico para formar modelos de conducta, orientarse por la trama, el entorno, los recursos disponibles, sus objetivos y el fenómeno de estudio (33).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación que se desarrollará en el proceso de construcción de este nuevo concepto en Enfermería Pediátrica es la aplicada; ya que utilizará conocimientos y teorías previas para interpretar el fenómeno observado (34).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación será del tipo transversal, descriptivo, relacional. Los diseños transversales buscan como objeto indagar la prevalencia y los valores en lo que

se muestran las variables. El proceso consiste en calcular o colocar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos en las variables y proporcionar su descripción para luego ser relacionados a fin de determinar la fuerza, magnitud y dirección de esa relación (33).

3.5. Población, muestra y muestreo

Estará conformada de forma intencional por 80 pacientes pediátricos, niños de entre 8 a 12 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador entre el mes de octubre a noviembre del 2021, los cuales serán nuestros sujetos de estudio en los que se realizan procedimientos de enfermería.

- ***Criterios de inclusión:***

- Paciente pediátrico hospitalizado en la Unidad/Servicio de Pediatría.
- Paciente pediátrico niño de entre 8 a 12 años de ambos sexos.
- Paciente pediátrico en uso de facultades cognitivas básicas.

- ***Criterios de exclusión:***

- Paciente pediátrico medicado para el dolor en 4 horas antes de la valoración.
- Paciente pediátrico sedado e inconsciente por algún procedimiento quirúrgico.
- Paciente pediátrico que tengan diagnósticos de encefalopatía o de inestabilidad hemodinámica con necesidad de fármaco inotrópico.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Ansiedad

Definición operacional:

La ansiedad es una situación de vulnerabilidad emocional donde el niño está enfrentado a circunstancias de temor, intranquilidad, nerviosismo y más que nada de tensión y que de alguna forma altera su conducta; la cual es mediada a través de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale – SCAS; Spence, 1997) conformada por 32 preguntas que valoran sintomatologías de ansiedad habituales en niños. Estructurada en 6 dimensiones: Ataques de pánico/agorafobia, Ansiedad de separación, Fobia social, Miedo al daño físico, Trastorno obsesivo/compulsivo y Ansiedad generalizada. Se manifiesta en un escalafón de tipo Likert de 4 puntos que de 0 (nunca) a 3 (siempre) y se valora en rangos o niveles de ansiedad leve, moderada y alta (28) (35).

Tabla 1. Matriz operacional de la variable 1

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Ataque de pánico/agorafobia	<ul style="list-style-type: none">▪ De pronto, y sin razón, siento como si no pudiera respirar▪ De pronto, y sin razón, me pongo a temblar▪ Siento miedo cuando tengo que salir	Categorica Ordinal	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me da miedo estar en lugares con mucha gente ▪ De repente me siento muy asustado sin que haya razón para ello ▪ De repente, y sin razón, me siento mareado o como si me fuera a desmayar ▪ De repente, y sin razón, mi corazón se pone a palpar ▪ Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como esta habitación 		<p>Nivel de ansiedad leve = 0 – 32 puntos</p> <p>Nivel de ansiedad moderada = 33 – 65 puntos</p> <p>Nivel de ansiedad alta = de 66 – 96 puntos</p>
Ansiedad de separación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiría miedo si me quedara solo ▪ Me preocupa separarme de mis padres ▪ Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia ▪ Me da miedo dormir solo ▪ Sentiría miedo si me quedara a dormir solo, hoy 		
Fobia social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siento miedo cuando tengo que hacer algo ▪ Me da miedo cuando tengo que utilizar un servicio o el baño ▪ Temo hacer una tontería delante de la gente ▪ Me preocupa hacer mal mis obligaciones o mandados ▪ Me da miedo hablar delante de ustedes 		
Miedo al daño físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me da miedo la oscuridad ▪ Me da miedo ver al médico ▪ Me dan miedo las alturas o los ascensores ▪ Me dan miedo los insectos o las arañas 		
Trastorno obsesivo-compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siento la necesidad de comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como que la luz está apagada o la puerta cerrada) ▪ No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas ▪ Siento la necesidad de pensar en ciertas cosas (como números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas 		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me molestan pensamientos o imágenes malas o ridículas que me vienen a la mente ▪ Para evitar desgracias siento la necesidad de hacer algunas cosas exactamente como se deben hacer 		
Ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay cosas que me preocupan ▪ Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago ▪ Siento miedo ▪ Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa ▪ Me preocupa que me ocurra algo malo 		

Variable 2: Dolor

Definición operacional:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional brusca, real o potencialmente vinculada al daño de un tejido y se describe como la percepción de tales daños tisulares que se estima a través de la Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS) que valora intensidad del dolor mediante una sucesión numérica del 0 al 10, en donde el 0 es la ausencia y el 10 la mayor intensidad; el paciente escoge el dígito que mejor valúa la intensidad del síntoma. Es unidimensional y es la escala más masificada y muy sencilla de usar. También es conocida como la Escala de calificación numérica NRS-11 (20) (36) (37).

Tabla 2. Matriz operacional de la variable 2

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Intensidad del dolor		Categorica Ordinal	0 = sin dolor <...> 10 = máximo dolor

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En este estudio de investigación especialmente se utilizará la técnica de la encuesta que es una técnica de recolección de información donde el investigador interroga a los investigados los datos que quiere obtener. Hablamos de lograr información, de forma sistemática y ordenada de una población o muestra, sobre las cambiantes consideradas en una indagación (38).

3.7.2. Descripción de instrumentos

1) Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997).

Existe arreglada en 2 modelos, uno de 32 y otro de 38 ítems concernientes a indicios de ansiedad con 4 posibilidades tipo Likert: jamás (0), algunas veces (1), frecuentemente (2) y constantemente (3). Contiene, además, 6 preguntas positivas de relleno para compensar el sesgo negativo de los anteriores y cuyo cálculo no se clasifica, ni se toma presente en los estudios. Se cataloga por medio de la suma de los puntos de vista logrados para cada ítem. A más grande puntaje, más ansiedad. Para poder hacer la traducción al castellano, se usó el método clásico de traducción y re-traducción. Se experimentaron ambos modelos: uno de 38 ítems y otro de 32 ítems, los dos con 6 componentes involucrados, englobados bajo un componente de orden preeminente de ansiedad general. El modelo de 38 ítems se ajusta razonablemente al español, confirmando lo hallado por Spence. Empero, el modelo de 32 ítems se ajustó mejor, por ello su elección (28). Además, es de carácter auto aplicado.

2) Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS)

Esta escala unidimensional orientada a niños desde 8 años radica en indagar en el chico cuál es su intensidad de dolor. Ha conseguido tremendamente adecuadas propiedades psicométricas (dinámica validez convergente, confiabilidad y responsabilidad), en chicos de 6 y 7 años estas posesiones psicométricas se reducen un poco, pero se conservan en un nivel adecuado. Para que el chico pueda usarla tiene que ser competente de referir y transcribir la intensidad del dolor a números, igualmente de poder valorar la cuantía de dolor. Puede ser manejada en diferentes tipos de dolor y fue validada en casi todo el mundo (20).

La escala valora la intensidad del dolor mediante una sucesión numérica del 0 al 10, en donde el 0 es la ausencia y el 10 la mayor intensidad; el paciente escoge el dígito que mejor valúa la intensidad del síntoma. Es la escala más masificada y muy sencilla de usar. También es conocida como la Escala de calificación numérica NRS-11. Es sensible a las fluctuaciones de dolor, pero debido a la incertidumbre sintomatológica no capta la naturaleza complicada del dolor (36) (37). Este instrumento es auto aplicado.

3.7.3. Validación

1) Validación de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997).

Este instrumento es universal, ha sido creado y validado en Australia por la Dra. Susan Spence en 1997 y ha sido revalidado y adecuado a diferentes contextos y realidades

culturales hispanoamericanas. Godoy et al. (35) refiere que la traducción en castellano de la SCAS logra esgrimir una potente validez para la valoración de los fenómenos de ansiedad infanto-juveniles.

2) Validación de la Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS)

Este instrumento ha sido validado en casi todo el mundo para diversos contextos; según refiere Ubillos-Landa et al. (36), esta escala tiene una tremenda validez de constructo que logró correlaciones altas con otras medidas del dolor ($r= 0,86$).

3.7.4. Confiabilidad

1) Confiabilidad de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997).

La consistencia interna (Alfa de Cronbach) de la puntuación total ha sido de 0,92 y las de las dimensiones han oscilado en 0,81 (pánico-agorafobia) a 0,61 (ansiedad de separación y miedo al daño físico). La fiabilidad test-retest (correlación intra-clase) de la calificación total fue de 0,61 y las de las dimensiones ha oscilado en 0,62 (miedo al daño físico) y 0,51 (pánico-agorafobia) (39).

2) Confiabilidad de la Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS)

La fiabilidad del coeficiente Test-retest es excelente ($r= 0,96$ a $0,95$) esta confiabilidad tanta alta garantiza que el instrumento es extremadamente confiable (36).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para la presente investigación se realizará la recolección de datos mediante los instrumentos validados a través de la encuesta, para ello se obtendrá la conformidad del presente proyecto de investigación del Comité de ética de la Universidad Norbert Wiener, para posteriormente presentar la carta de presentación y solicitud de autorización para realizar la investigación en el Servicio de Pediatría del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador. Así mismo, se presentará el asentimiento informado para la autorización de los padres para la realización de las valoraciones de ansiedad y dolor a ser incluidos en la presente investigación. Para la recolección de datos se presentará un nuevo cronograma, a fin de que la recolección se lleve de forma ordenada y sin afectación del servicio.

Los datos recolectados serán digitalizados haciendo uso del programa Microsoft Excel 2019, para ser exportados y tratados para su análisis mediante estadística descriptiva e inferencial. Para evaluar la correlación de las variables empleará la prueba estadística de chi-cuadrado, corroborándolo con el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman en función de la distribución de los datos obtenidos respectivamente.

3.9. Aspectos éticos

El trabajo académico de investigación va a ser enviado para su consideración y calificación al Comité Institucional de Ética de la Universidad Norbert Wiener. Se revisará y cumplirá estrictamente los parámetros bioéticos de la declaración de Helsinki para investigación en personas y del código de ética de la investigación.

Cada padre de familia será instruido sobre el propósito de la investigación y deberá dar su asentimiento voluntariamente. Se colocará el número telefónico de contacto del investigador en caso se lo necesite. Incluiremos un médico pediatra como colaborador. Se protegerá la identidad de los participantes usando códigos para los instrumentos de valoración, a los cuales solo tendrá acceso el autor del presente estudio.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Nº	Actividades propuestas en el calendario 2021	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Producto
1.	Elaboración del proyecto						Proyecto aprobado
2.	Revisión Bibliográfica						Informe de revisión
3.	Presentación al Comité de Ética						Acta de aprobación
4.	Trabajo de campo y captación de información						Informe mensual
5.	Procesamiento, análisis e interpretación de datos						Informe estadístico
6.	Elaboración del informe						Informe final
7.	Sustentación del informe final						Informe aprobado

4.2. Presupuesto

Componente	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Personal docente y estudiantes ad hoc			
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Adquisición de una laptop (Intel Core i5)	2,500.00	1	2,500.00
Adquisición de impresora multifuncional	749.00	1	749.00
Adquisición de dispositivos USB de 64 GB	80.00	2	160.00
Materiales y útiles de escritorio	200.00	1	200.00
SERVICIOS			
Servicio de desarrollo y soporte de la aplicación y data especializada	2,000.00	1	2,000.00
Servicio de consultoría para el procesamiento y análisis estadístico de datos	2,300.00	1	2,300.00
Servicio de fotocopiado	91.00	1	91.00
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
TOTAL			8 000.00

5. REFERENCIAS

1. Ochando-Perales G, Peris-Cancio S. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2017 Ene-Feb.; XXI(1): p. 39 – 46.
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La Salud Mental de los Niños. Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, NCBDDD), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Online].; 2021 [cited 2021 Octubre 13. Available from: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/anxiety.html>.
3. Consejo General de la Psicología de España. Infocop Online. [Online].; 2019 [cited 2021 Octubre 13. Available from: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7689.
4. Herrera Floro T. Ansiedad en la hospitalización del paciente pediátrico. *Rev Enferm Salud Ment*. 2016 Oct-Nov.; 4: p. 15-21.
5. Carrasco Fernández J. La soledad de los niños hospitalizados cuando las familias se infectan con COVID-19. *Rev. cuba. enferm*. 2021 Oct; 37(1).
6. Diario Enfermero. Diario Enfermero Web Site - Actualidad. [Online].; 2016 [cited 2021 Octubre 13. Available from: <https://diarioenfermero.es/reducir-la-ansiedad-de-los-ninos-hospitalizados-traves-de-enfermeras-childlife/>.
7. López-García R. Manejo del dolor postoperatorio en pediatría. *Rev Mex Anest*. 2017 Diciembre; 40(Suppl: 1.).
8. Aydin D, Sahiner N. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res*. 2017 February; 33(1): p. 164-168.

9. Garra G, Singer A, Domingo A, Thode Jr H. The Wong-Baker pain FACES scale measures pain, not fear. *Pediatr Emerg Care*. 2016 Jan.; 17(1): p. 17 - 20.
10. Pérez E. Tratar el dolor, un acto de amor. Tesis de Especialista. Chia-Cundinamarca: Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación ; 2016. Report No.: <http://hdl.handle.net/10818/29964>.
11. Castro Cuervo C, Sánchez Alonso P. Uso de métodos frente al dolor durante la venopunción en niños. *Nure Inv*. 2016 Julio - Agosto; 13(83).
12. Bice A, Wyatt T. Holistic Comfort Interventions for Pediatric Nursing Procedures: A Systematic Review. *J Holist Nurs*. 2017 Sep.; 35(3): p. :280-295.
13. Sahiner N, Bal M. he effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *J Child Health Care*. 2016 Sep.; 20(3): p. :277-85.
14. Efendi D, Rustina Y, Gayatri D. Pacifier and swaddling effective in impeding premature infant's pain score and heart rate. *Enfermería Clínica*. 2018 February–June; 28(Supplement 1, Part A): p. 46-50.
15. Sánchez Rodríguez E. La evaluación de la intensidad de dolor infantil: del formato tradicional al formato electrónico. Tesis doctoral. Tarragona.: Universidad de Robira i Virgili., Departament de Psicologia.; 2016. Report No.: Repositorio institucional.
16. Carlos Ulloa L. Evaluación de la validez de la escala llanto para dolor en neonatos y niños menores de cinco años. Trabajo de grado para obtener el título de Especialistas en Pediatría. Bogotá: Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud; 2016. Report No.: Repositorio institucional.

17. Rodríguez Sánchez AM. Sistemas para mitigar el dolor y la ansiedad que conlleva la punción venosa en pacientes pediátricos. Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Almería-España: Universidad de Almería., Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. Report No.: Repositorio institucional.
18. Milanez Baños MG. Relación entre el dolor y la ansiedad en la recuperación quirúrgica en niños escolares del Hospital General de Pachuca. Tesis para especialista en Enfermería Pediátrica. Pachuca de Soto, HGO.: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo., Instituto de Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: Repositorio institucional.
19. Martínez Rioja S. Nuevas tecnologías en el manejo del dolor y la ansiedad pediátricos. Trabajo Fin de Grado. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. , Facultad de Medicina; 2018. Report No.: Repositorio institucional.
20. Merino Bonilla C. Valoración del dolor en pediatría: validez de las escalas del dolor. Tesis de Grado de Enfermería. Palma de Mallorca.: Universidad de les Illes Balears, Facultad de Enfermería y Fisioterapia.; 2019. Report No.: Repositorio institucional.
21. Fernández Díaz RC. Grado de dolor y ansiedad relacionado con la venopunción y/o canalización venosa en el paciente pediátrico. Tesis de maestrado en Asistencia e Investigación Sanitaria. La Coruña.: Universidade da Coruña., Facultad de Ciencias da Saúde.; 2020. Report No.: Repositorio institucional.
22. Jiménez AB. Influencia de la musicoterapia para el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de

- Sipán, 2016. Tesis de Licenciatura. Pimentel - Chiclayo.: Universidad Señor de Sipán., Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. Report No.: Repositorio institucional.
23. Ortiz B. Efectos de la musicoterapia en el nivel de intensidad del dolor post quirúrgico en pacientes pediátricos en un Hospital de EsSalud. Tesis de maestro en Gestión en el Cuidado en Enfermería. Lima.: Universidad Peruana Cayetano Heredia., Escuela de Posgrado; 2016. Report No.: Repositorio institucional.
24. Alcántara BD, Márquez KJ. Intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del HNERM - ESSALUD 2018. Tesis de maestro en Gerencia de Salud. Lima.: Universidad Nacional del Callao, Escuela de Posgrado.; 2018. Report No.: Repositorio institucional.
25. Tone Mamani SY. Manejo del dolor por el profesional de enfermería en una unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2020. Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería. Lima: Universidad Peruana Unión., Escuela de Posgrado; 2020. Report No.: Repositorio institucional.
26. León NP. Ansiedad en niños: una revisión conceptual de los últimos años. Trabajo académico para optar el grado. Pimentel - Chiclayo: Universidad Señor de Sipán., Facultad de Humanidades; 2019. Report No.: Repositorio institucional.
27. Navidad J. Ansiedad infantil y comportamiento en niños de 5 años de la I.E. Pasitos de Jesús – Hualmay, 2017. Tesis de maestro en Psicología Educativa. Lima.: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2018. Report No.: Repositorio institucional.

28. Hernández-Guzmán L, Bermúdez-Ornelas G, Spence S, González MJ, Martínez-Guerrero JI, Aguilar J, et al. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2010 Enero; 42(1): p. 13 - 24.
29. Nobrega J. El dolor y su evaluación en la ciencia contemporánea. Tesis doctoral. Málaga: Universidad de Málaga, Psicología Básica; 2017. Report No.: Repositorio institucional.
30. Pabón-Henao T, Pineda-Saavedra L, Cañas-Mejía O. Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. *Salutem Scientia Spiritus*. 2015 Julio-Diciembre; 1(2): p. 25-37.
31. Reyes S. Consumo de analgésicos y antiinflamatorios dispensados en un establecimiento farmacéutico de Trujillo, 2014-2017. Tesis de licenciatura. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Farmacia y Bioquímica; 2018. Report No.: Repositorio institucional.
32. Rodríguez A, Pérez A. Métodos científicos de indagación y construcción del conocimiento. *Revista EAN*. 2017 Junio; 82(1): p. 179-200.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta Edición ed. Interamericana Editores SAdCV, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
34. Sanca M. Tipos de investigación científica. *Rev. Med. Act. Clin*. 2011 Junio; 9(1).

35. Godoy A, Gavino A, Carrillo F, Cobos MP, Quintero C. Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*. 2011 Octubre.; 23(2): p. :289-294.
36. Ubillos-Landa S, García-Otero R, Puente-Martínez A. Validación de un instrumento para la medición del dolor crónico en centros asistenciales de la tercera edad. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2019 Enero; 24(1.): p. :19-30.
37. Vicente Herrero M, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre M, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018 Enero; 25(4): p. :228-236.
38. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Rivera O, Acuña L, Arellano C. *La Investigación Científica: Una aproximación para los estudios de posgrado*. Primera ed. Ecuador UIId, editor. Guayaquil: Departamento de Investigación y Postgrados; 2020.
39. Carrillo F, Godoy A, Gavino A, Nogueira R, Quintero C, Casado Y. Escala de ansiedad infantil de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS): Fiabilidad y validez de la versión española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2012. Enero.; 20(3): p. :529-545.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cómo el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo la dimensión ataque de pánico-agorafobia de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021? - ¿Cómo la dimensión ansiedad por separación de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021? - ¿Cómo la dimensión fobia social de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021? - ¿Cómo la dimensión miedo al daño físico de la ansiedad se relaciona 	<p>Objetivo General Establecer como el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar como la dimensión ataque de pánico-agorafobia de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. - Identificar como la dimensión ansiedad por separación de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. - Identificar como la dimensión fobia social de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. - Identificar como la dimensión miedo al daño físico de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. 	<p>Hipótesis General Hi: El nivel de ansiedad se relaciona directa y significativamente con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador. Hi: “a mayor ansiedad, mayor dolor”</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe relación significativa entre la dimensión ataque de pánico-agorafobia de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. - Existe relación significativa entre la dimensión ansiedad por separación de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. - Existe relación significativa entre la dimensión fobia social de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. - Existe relación significativa entre la dimensión miedo al daño físico de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años. 	<p>Variable 1: Ansiedad</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ataque de pánico/agorafobia. - Ansiedad de separación - Fobia social - Miedo al daño físico - Trastorno obsesivo-compulsivo - Ansiedad generalizada <p>Variable 2: Dolor</p> <p>Dimensión: Intensidad del dolor</p>	<p>Tipo de Investigación: aplicada</p> <p>Método y diseño de la investigación: método hipotético – deductivo. Observacional, descriptivo, correlacional y transversal</p> <p>Población y Muestra: Estará conformada de forma intencional por 80 pacientes pediátricos, niños de entre 8 a 12 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador entre el mes de octubre a noviembre del 2021, los cuales serán nuestros sujetos de estudio en los que se realizan procedimientos de enfermería.</p>

<p>con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?</p> <p>- ¿Cómo la dimensión trastorno obsesivo-compulsivo de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?</p> <p>- ¿Cómo la dimensión ansiedad generalizada de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021?</p>	<p>- Identificar como la dimensión trastorno obsesivo-compulsivo de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.</p> <p>- Identificar como la dimensión ansiedad generalizada de la ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.</p>	<p>- Existe relación significativa entre la dimensión trastorno obsesivo-compulsivo de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.</p> <p>- Existe relación significativa entre la dimensión ansiedad generalizada de la ansiedad con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.</p>		
--	---	---	--	--

Anexo 2. Matrices de operacionalización de variables

Variable 1: Ansiedad

Definición operacional:

La ansiedad es una situación de vulnerabilidad emocional donde el niño está enfrentado a circunstancias de temor, intranquilidad, nerviosismo y más que nada de tensión y que de alguna forma altera su conducta; la cual es mediada a través de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale – SCAS; Spence, 1997) conformada por 32 preguntas que valoran sintomatologías de ansiedad habituales en niños. Estructurada en 6 dimensiones: Ataques de pánico/agorafobia, Ansiedad de separación, Fobia social, Miedo al daño físico, Trastorno obsesivo/compulsivo y Ansiedad generalizada. Se manifiesta en un escalafón de tipo Likert de 4 puntos que de 0 (nunca) a 3 (siempre) y se valora en rangos o niveles de ansiedad leve, moderada y alta (28) (35).

Tabla 1. Matriz operacional de la variable 1

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Ataque de pánico/agorafobia	<ul style="list-style-type: none">▪ De pronto, y sin razón, siento como si no pudiera respirar▪ De pronto, y sin razón, me pongo a temblar▪ Siento miedo cuando tengo que salir▪ Me da miedo estar en lugares con mucha gente	Categorica Ordinal	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De repente me siento muy asustado sin que haya razón para ello ▪ De repente, y sin razón, me siento mareado o como si me fuera a desmayar ▪ De repente, y sin razón, mi corazón se pone a palpar ▪ Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como esta habitación 		Nivel de ansiedad leve = 0 – 32 puntos
Ansiedad de separación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiría miedo si me quedara solo ▪ Me preocupa separarme de mis padres ▪ Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia ▪ Me da miedo dormir solo ▪ Sentiría miedo si me quedara a dormir solo, hoy 		Nivel de ansiedad moderada = 33 – 65 puntos
Fobia social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siento miedo cuando tengo que hacer algo ▪ Me da miedo cuando tengo que utilizar un servicio o el baño ▪ Temo hacer una tontería delante de la gente ▪ Me preocupa hacer mal mis obligaciones o mandados ▪ Me da miedo hablar delante de ustedes 		Nivel de ansiedad alta = de 66 – 96 puntos
Miedo al daño físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me da miedo la oscuridad ▪ Me da miedo ver al médico ▪ Me dan miedo las alturas o los ascensores ▪ Me dan miedo los insectos o las arañas 		
Trastorno obsesivo-compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siento la necesidad de comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como que la luz está apagada o la puerta cerrada) ▪ No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas ▪ Siento la necesidad de pensar en ciertas cosas (como números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas 		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me molestan pensamientos o imágenes malas o ridículas que me vienen a la mente ▪ Para evitar desgracias siento la necesidad de hacer algunas cosas exactamente como se deben hacer 		
Ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay cosas que me preocupan ▪ Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago ▪ Siento miedo ▪ Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa ▪ Me preocupa que me ocurra algo malo 		

Variable 2: Dolor

Definición operacional:

El dolor es una experiencia sensorial y emocional brusca, real o potencialmente vinculada al daño de un tejido y se describe como la percepción de tales daños tisulares que se estima a través de la Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-NRS) que valora intensidad del dolor mediante una sucesión numérica del 0 al 10, en donde el 0 es la ausencia y el 10 la mayor intensidad; el paciente escoge el dígito que mejor valúa la intensidad del síntoma. Es unidimensional y es la escala más masificada y muy sencilla de usar. También es conocida como la Escala de calificación numérica NRS-11 (20) (36) (37).

Tabla 2. Matriz operacional de la variable 2

Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles o rangos)
Intensidad del dolor	 <p style="text-align: center;">Escala de Dolor</p> <p>0 No Dolor 1 2 Poco Dolor 3 4 Dolor Moderado 5 6 Dolor Fuerte 7 8 Dolor Muy Fuerte 9 10 Dolor Insoponible</p>	Categorica Ordinal	0 = sin dolor 10 = máximo dolor

Anexo 3. Instrumentos

“Proyecto de investigación sobre Ansiedad y dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Lima - 2021”

Objetivo: establecer como el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.

Fecha: Hora: Ficha N°:

Datos sociodemográficos:

1. Sexo: Masculino () / Femenino ()
2. Edad: _____ años, meses. 3. N° de procedimientos/día: _____
4. Diagnostico: _____

I. Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997).

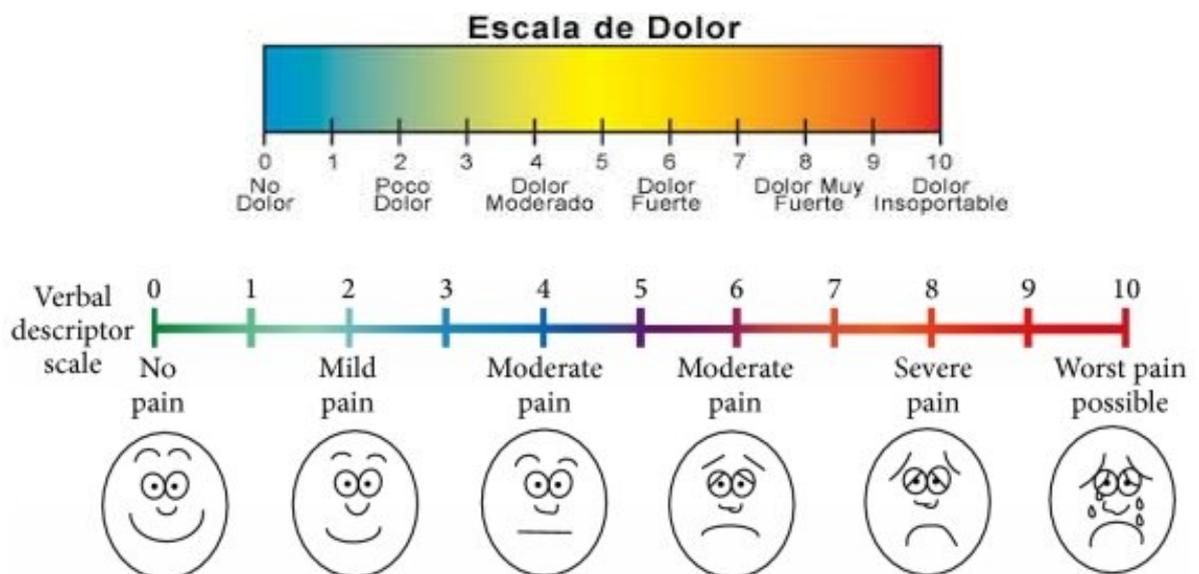
Preguntas Dimensiones	Escala de puntuación			
	Nunca	Casi nunca	A veces	Siempre
	0	1	2	3
Dimensión 1: Ataque de pánico/agorafobia				
De pronto, y sin razón, siento como si no pudiera respirar				
De pronto, y sin razón, me pongo a temblar				
Siento miedo cuando tengo que salir				
Me da miedo estar en lugares con mucha gente				
De repente me siento muy asustado sin que haya razón para ello				
De repente, y sin razón, me siento mareado o como si me fuera a desmayar				
De repente, y sin razón, mi corazón se pone a palpar				
Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como esta habitación				
Dimensión 2: Ansiedad de separación				
Sentiría miedo si me quedara solo				
Me preocupa separarme de mis padres				
Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia				
Me da miedo dormir solo				
Sentiría miedo si me quedara a dormir solo, hoy				
Dimensión 3: Fobia social				
Siento miedo cuando tengo que hacer algo				
Me da miedo cuando tengo que utilizar un servicio o el baño				
Temo hacer una tontería delante de la gente				

Me preocupa hacer mal mis obligaciones o mandados				
Me da miedo hablar delante de ustedes				
Dimensión 4: Miedo al daño físico				
Me da miedo la oscuridad				
Me da miedo ver al médico				
Me dan miedo las alturas o los ascensores				
Me dan miedo los insectos o las arañas				
Dimensión 5: Trastorno obsesivo-compulsivo				
Siento la necesidad de comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como que la luz está apagada o la puerta cerrada)				
No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas				
Siento la necesidad de pensar en ciertas cosas (como números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas				
Me molestan pensamientos o imágenes malas o ridículas que me vienen a la mente				
Para evitar desgracias siento la necesidad de hacer algunas cosas exactamente como se deben hacer				
Dimensión 6: Ansiedad generalizada				
Hay cosas que me preocupan				
Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago				
Siento miedo				
Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa				
Me preocupa que me ocurra algo malo				

II. Escala numérica de once puntos o Eleven-point Numerical Rating Scale (11-

NRS) + Expresión de cara

Del 0 al 10: ¿Cuánto dolor sientes?



Anexo 5. Asentimiento informado

INTRODUCCIÓN:

Buenos días / tardes, soy la Licenciada Gisella Pérez Paucar, estudiante de la Segunda Especialidad en Enfermería Pediátrica. A continuación, te presentamos información y te invitamos a ser parte de esta investigación. Antes de tomar la decisión de participar, puedes hablar con nosotros y absolver tus dudas esta investigación.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

Este estudio de indagación intenta establecer como el nivel de ansiedad se relaciona con la intensidad del dolor en el paciente pediátrico de 8 a 12 años.

PROCEDIMIENTOS:

Para realizar esta investigación y obtener los resultados y conclusiones necesitamos su colaboración brindando información. Esta sección ha sido dividida en dos: el primero es una explicación de los procedimientos a realizar y, el segundo una descripción del proceso.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:

Invitamos a todos los usuarios del servicio a participar en la presente investigación, y se espera que los resultados sirvan para tomar decisiones de mejora y para investigaciones futuras.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su colaboración en esta investigación es completamente voluntaria. Usted decide si participa o no. Tanto si decide participar como si no, todos los servicios que reciba en esta unidad hospitalaria continuarán y nada parará. Si cambias de opinión más tarde, igualmente puedes dejar de participar, aunque hayas aceptado antes.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Los instrumentos que se usan para evaluar el dolor son escalas psicométricas que han sido validados para fines del estudio. Para la realización de la presente investigación se ha solicitado la autorización de la Dirección del establecimiento hospitalario. Se ha coordinado con la jefa de Enfermería del Hospital para las facilidades del caso.

Duración

El proceso completo demorará aproximadamente 15 minutos. La recolección de los datos para la investigación se realizará entre el 10 de octubre y 10 de noviembre previa coordinación con usted de fecha y hora.

Beneficios

Es probable que usted no reciba ningún beneficio, pero su participación posiblemente nos ayude a encontrar la solución a la pregunta del estudio. Puede que en esta etapa del estudio no haya ningún beneficio para la sociedad, pero probamente las generaciones futuras se beneficien.

Reembolsos o compensaciones

Los partícipes en la presente investigación no recogerán beneficio directo por el hecho de participar; puesto que los resultados tendrán un interés científico.

Confidencialidad

La información que recopilemos en esta investigación se mantendrá confidencial; es decir, siempre se protegerá el anonimato de los datos, por ningún motivo se revelará o compartirá la identidad de los que participan en la investigación.

Resultados

Los resultados que se obtengan podrán ser consultados a los investigadores de la investigación y se publicarán en un informe de investigación, sin que figure la información personal de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

No es necesario que participe en este estudio si no desea hacerlo, puede dejar de participar en cualquier instante que usted lo decida. Es su decisión y todos sus derechos continuarán siendo respetados.

Persona(s) de contacto

En caso de tener alguna interrogante, puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de que el estudio haya comenzado. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con xxxxxxxxxx, los números telefónicos son: xxxxxxxx los correos electrónicos son; eeeeeeeee@gmail.com.

Este proyecto fue revisado y aprobado por El Comité Institucional De Ética En Investigación de la Universidad Norbert Wiener, este comité tiene la función de asegurarse que cada participante de la investigación esté protegido de cualquier perjuicio. Si necesita obtener más información sobre el CIEI, puede comunicarse al email institucional: xxxxxxxxxxxx. Puede hacerme más preguntas si lo considera necesario sobre cualquier parte de la investigación. ¿Tiene alguna pregunta?

PARTE II: Certificado de asentimiento

He leído la información anterior, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y las respuestas fueron de mi entera satisfacción. Acepto voluntariamente y doy mi consentimiento para ser parte de la investigación.

Nombre y apellidos:.....

Firma :

Fecha (Día/Mes/Año):

Declaración del investigador/persona que toma el consentimiento

Confirmando que se le ha dado al participante la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación, y todas las preguntas realizadas por el participante fueron respondidas correctamente y lo mejor que he podido. Ratifico que el personal de enfermería no fue presionado para dar su consentimiento, y este consentimiento fue dado libre y voluntariamente.

De igual forma, se ha proporcionado una copia de este FORMATO DE ASENTIMIENTO INFORMADO al participante

Nombre del investigador/persona que ha tomado el consentimiento:

Firma del investigador/persona que ha tomado el consentimiento:

Fecha (Día/Mes/Años):.....