UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE CHICLAYO, 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Autor

Bach. Vallejos Arias Marcos Oswaldo

Asesor

Dr. Abanto Vélez, Walter Iván

Línea de Investigación
Psicología y Desarrollo de Habilidades

Pimentel-Perú
2018

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA PROVINCIA DE CHICLAYO, 2018

Aprobación de la tesis

_____

Apellidos y Nombres: Bach. Vallejos Arias Marcos Oswaldo
Autor

_____

Grado/ Apellidos y Nombres:Dr. Abanto Vélez Walter Iván
Asesor Metodológico

_____

Grado/ Apellidos y Nombres: Dr. Abanto Vélez Walter Iván
Asesor Especialista

_____

Grado/ Apellidos y Nombres: Mg. Olazabal Boggio Roberto Dante
Presidente de Jurado

_____

Grado/ Apellidos y Nombres: Lic. Bulnes Bonilla Carmen Gretel
Secretario(a) de Jurado

_____

Grado/ Apellidos y Nombres: Mg. Asenjo Zapata Cornelia Yajaira
Vocal/Asesor de Jurado

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mi madre Rosario, pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, ella sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por concederme a una madre que siempre dio todo de ella para sacar a sus hijos adelante, a un hermano que en los momentos más difíciles está presente, a una esposa que con su apoyo anímico y consejos me hicieron continuar en este camino profesional, y a mi hijo que fue la fuente y el empuje a no dejar esta carrera maravillosa y enseñarme que se pueden cumplir los sueños.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo general establecer la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados oncológicos en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, 2018. La investigación es cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional, con una muestra de 42 pacientes. La información se recabo a través de los test de ansiedad y depresión de Beck.

Los resultados obtenidos fueron que existe relación entre la ansiedad y depresión (p .011 < 0.05) de pacientes oncológicos hospitalizados siendo el coeficiente de correlación positivo con valor 0.363 lo que califica como grado bajo. De acuerdo a los hallazgos encontrados, el mayor nivel de ansiedad encontrado es el leve 42.9 % seguido por mínimo con 33.3 % siendo que la categoría Moderado es de 14.3. El mayor nivel de depresión encontrado es “Altibajos considerados normales” con 83.3 %. En cuanto a la relación de la ansiedad con las dimensiones de la depresión no existe relación con la dimensión somática (p .142 > 0.05) pero li lo hay con la dimensión afectiva de la depresión (p 0.01 < 0.05), sobre la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la depresión tienen relación (p 0.000 < 0.05), existe relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión (p 0.021 < 0.05) . Las relaciones entre las demás dimensiones de las variables según los resultados hallados no existen relación alguna.

Palabra clave: ansiedad, depresión, cáncer

ABSTRACT

The present study has as a general objective to establish the relationship between anxiety and depression in hospitalized oncological patients in a Social Security hospital in Chiclayo, 2018. The investigation is quantitative, descriptive correlational type, with a sample of 42 patients. The information was collected through Beck's anxiety and depression tests.

The results obtained were that there is a relationship between anxiety and depression (p .011 <0.05) of hospitalized oncological patients, the positive correlation coefficient being 0.363, which qualifies as low grade. According to the findings, the highest level of anxiety found is the slight 42.9% followed by a minimum of 33.3%, with the Moderate category being 14.3%. The highest level of depression found is "Ups and downs considered normal" with 83.3%. Regarding the relationship of anxiety with the dimensions of depression, there is no relationship with the somatic dimension (p.142> 0.05) but there is no relationship with the affective dimension of depression (p 0.01 <0.05), on the relationship between The somatic dimension of anxiety and depression are related (p 0.000 <0.05), there is a relation between the affective dimension of anxiety and depression (p 0.021 <0.05). The relationships between the other dimensions of the variables according to the results found there is no relationship.

Keyword: anxiety, depression, cancer

INDICE

RESUMEN iv

ABSTRACT v

ÍNDICE DE TABLAS 2

INTRODUCCIÓN 3

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación Problemática 6

1.2. Formulación del problema 8

1.3. Delimitación de la Investigación 10

1.4. Justificación e importancia de la Investigación 10

1.5. Limitaciones de la Investigación 11

1.6. Objetivos de la Investigación 11

1.6.1. Objetivo general 11

Objetivos específicos 11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio 15

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL 15

2.1.2. A NIVEL NACIONAL 19

2.2. Bases Teóricas Científicas 23

2.3. Definición de Términos Básicos 32

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación 34

3.1.1. Tipo de Investigación 34

4.1.1. Diseño de la Investigación 34

Descriptivo Correlacional 34

4.2. Población y Muestra 35

4.2.1. Población. 35

4.2.2. Muestra 35

4.2.3. Muestreo 37

4.3. Hipótesis 37

4.3.1. Hipótesis general 37

4.3.2. Hipótesis Específicas 38

4.4. Variables 39

4.5. Operacionalización 39

4.6. Abordaje Metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos. 40

4.6.1. Abordaje Metodológico 41
4.6.2. Técnicas de Recolección de datos. 42
4.6.3. Instrumentos de recolección de datos 42
4.7. Procedimientos para la recolección de datos 44
4.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos 45
4.9. Criterios éticos 45
4.10. Criterios de rigor científico 46
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS 47
4.1. Resultados en Tablas 48
4.2. Discusión de Resultados 57
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 60
6.1. Conclusiones 61
6.2. Recomendaciones 63
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS 64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65
ANEXOS 72
Anexo 1. 73
Anexo 2: 74
Anexo 3: 75
Anexo 4: 80
Anexo 5: 82
Anexo 6: 82
Anexo 7: 83
Anexo 8: 83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prueba tau b de Kendall ansiedad y depresión pacientes oncológicos internados, 2018 48
Tabla 2 Nivel de la ansiedad en pacientes hospitalizados 49
Tabla 3 Nivel de depresión en pacientes oncológicos 50
Tabla 4 Prueba Tau b de Kendall ansiedad y dimensión somática 51
Tabla 5 Prueba Tau b de Kendall ansiedad y dimensión afectiva de depresión 52
Tabla 6 Prueba Tau b de Kendall dimensión somática de ansiedad y depresión 53
Tabla 7 Prueba Tau b de Kendall dimensión afectiva ansiedad y depresión 54
Tabla 8 Prueba tau b de Kendall dimensión somática de ansiedad y dimensión somática de depresión 55
Tabla 9 Prueba Tau b de Kendall dimensión somática ansiedad y dimensión afectiva depresión 55
Tabla 10 Prueba tau B de Kendall dimensión afectiva ansiedad y dimensión somática depresión 56
Tabla 11 Prueba tau b de Kendall dimensión afectiva ansiedad y dimensión afectiva depresión 57

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el cáncer es la principal causa de mortalidad siendo considerado un problema sanitario grave. Esta patología no solo afecta al paciente que lo padece sino además a su familia, por el hecho mismo de estar relacionado directamente a sufrimiento y muerte conllevando al desarrollo de malestar emocional (Distress) ya sea por la propia enfermedad, así como por los factores psicosociales que lo envuelven. La ansiedad y depresión afectan de manera negativa la salud del paciente causando un padecimiento que se exterioriza menoscabando la calidad de vida y convirtiéndose en un problema adicional en la evolución de la enfermedad.

El Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" de Essalud en la ciudad de Chiclayo por ser el de mayor capacidad resolutiva atiende a pacientes oncológicos de toda la región norte siendo que estos pacientes y sus familiares no reciben atención psicológica especializada (psico oncología) es por ello que la presente investigación busca establecer la presencia de ansiedad y como esta influye en la depresión en los pacientes y que pueda ser utilizada como insumo para implementar atención psicológica especializada que sirva de soporte emocional al paciente.

La estructura de la presente investigación contempla que en el primer capítulo recoge lo relacionado al problema de investigación donde se contempla aspectos como la situación problemática que da sustento a la investigación, la definición del problema general y los problemas específicos, las limitaciones encontradas, la

delimitación del ámbito de estudio, la justificación de la investigación, así como los objetivos (general y específicos),

El capítulo segundo corresponde al marco teórico de la investigación, en el cual se aborda, las bases teóricas de las variables en estudio (ansiedad y depresión asociadas a cáncer), las investigaciones y antecedentes del estudio (tanto a nivel nacional como internacional) así como la definición de términos básicos. El tercer capítulo está referido al marco metodológico aborda los aspectos relacionados al método, técnica e instrumentos utilizados. Se contempla acá el tipo de investigación, el diseño metodológico a utilizar, el universo, población, muestra y muestreo a estudiar, las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados para obtener los resultados de las encuestas realizadas previo procesamiento de datos y se plantean las hipótesis de la investigación describiendo las variables estudiadas y como estas se operacionalizan.

En el siguiente capítulo, el cuarto, se presentan los resultados de la encuesta que se presentan tanto mediante tablas como figuras estadísticas, dichos resultados son en base a estadística descriptiva, así como se contrasta las hipótesis planteadas al iniciar el estudio. Por último, en el quinto capítulo se alcanzan las conclusiones y recomendaciones que surgen de los resultados obtenidos, que permiten determinar si los objetivos de la investigación se han cumplido.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación Problemática

La evolución del cáncer en nuestro país ha ido en crecimiento tanto que se ha convertido para la salud pública, en un problema y en función de ello ha cobrado gran importancia, no solo como una prioridad sanitaria sino porque además ocasiona daño físico y emocional en hombres, mujeres y su entorno familiar siendo la segunda causa entre las muertes registradas en nuestro país. Se calcula que se producen no menos de 35,500 casos nuevos de cáncer por año en nuestro país y lamentablemente, solo aproximadamente la tercera parte son diagnosticados y tratados aún en condiciones no tan adecuadas, situación que se agrava porque la mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados donde el tratamiento es paliativo, costoso y relativamente poco efectivo. (Quiñones, 2014)

En años recientes se ha despertado el interés por conocer hasta qué punto determinadas enfermedades crónicas, limitantes e incapacitantes en combinación con características de personalidad y estados emocionales, pueden contribuir a la aparición y exacerbación de las distintas enfermedades mentales relacionadas con éstas siendo las más prevalentes la Ansiedad y la Depresión. Es por ello que las investigaciones sobre enfermedades crónicas y específicamente sobre el Cáncer que han aumentado vertiginosamente; no solo por la alta incidencia y prevalencia de las dolencias antes mencionadas, sino también por su carácter permanente, que obligan a adoptar diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica a corto y largo plazo reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos. (Betancourt y Aristizabal, 2010. p.2).

En la psicología clínica la ansiedad surge como uno de los fenómenos de varios desórdenes psicológicos o como un síntoma temprano de desórdenes orgánicos o mentales. (Whittaker, 2013, p.223). La ansiedad es la respuesta adversa más común en niños hospitalizados y su tipo de ansiedad se debe comúnmente al deseo de estar cerca a su familia, convirtiéndose en síntomas físicos como dolores de cabeza o de estómago. (Taylor, 2007, p.234). La ansiedad es un problema, no sólo porque es intrínsecamente tensional sino porque puede interferir con el buen funcionamiento. Los pacientes con ansiedad pueden ser debilitados por la tensión psicológica mucho antes de recibir algún tipo de terapia física. Los pacientes ansiosos tienen menos posibilidades de afrontar de manera efectiva tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia (Taylor, 2007, p.290). Los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o ignorados, no son tratados y rara vez se someten a tratamiento adecuado, lo que es objeto de complicaciones como el suicidio (Charlson & Peterson, 2002).

A pesar de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos veinte años acerca de la prevalencia de los perturbaciones mentales en pacientes que padecen cáncer, se conoce la existencia de una gran dificultad para efectuar un diagnóstico psicopatológico en el paciente oncológico, esto en la medida que convergen síntomas psicológicos y somáticos que no permiten llegar a establecer con facilidad el diagnóstico diferencial, que se origina por la propia naturaleza de la enfermedad oncológica que origina un malestar emocional (distress) que puede variar entre una reacción normal hasta la presencia de un cumulo de signos y síntomas que ameriten una intervención específica desde la óptica de la salud mental. Padecer cáncer o la

simple sospecha de tenerlo lleva al paciente y a sus familiares a enfrentar emociones tan intensas como las que se viven cuando se confronta un duelo; cada quien aborda la enfermedad de forma individual y de acuerdo con sus características de personalidad, estilos de afrontamiento, estrés psicosocial, intensidad y forma de manejar la ansiedad y depresión. (Betancourt y Aristizabal, 2010. p. 3).

En el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Essalud en la ciudad de Chiclayo en el año 2017 se atendieron a 3,148 pacientes en la consulta externa que fueron referenciados de establecimientos de salud de toda la región norte del país y que llegaron con diagnósticos presuntivos de morbilidad oncológica, de estos pacientes llegaron a hospitalizarse 1,368 (promedio mensual de 114 hospitalizados), siendo que estos pacientes y sus familiares no hay evidencia que reciban atención psicológica especializada (psico oncología) es por ello que a través del presente estudio se pretende determinar la presencia de factores psicológicos como la ansiedad y como esta influye en la depresión de este tipo de pacientes para que sirva como una línea basal a efectos de implementar atención psicológica especializada que sirva de soporte emocional tanto al paciente como a sus familiares.

1.2. Formulación del problema

Problema general

PG: ¿Cuál es la relación entre la Ansiedad y Depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es el nivel de ansiedad en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

PE2: ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

PE3: ¿Cuál es la relación de nivel de ansiedad y la dimensión somática de depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

PE4: ¿Cuál es la relación de nivel de ansiedad y la dimensión afectiva de depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

PE5: ¿Cuál es la relación de nivel de la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

PE6: ¿Cuál es la relación de nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018?

PE7: ¿Cuál es la relación de nivel de la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018?

PE8: ¿Cuál es la relación de nivel de la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018?

PE9: ¿Cuál es la relación de nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018?

PE10: ¿Cuál es la relación de nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018?

1.3. Delimitación de la Investigación

La investigación se realizó en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo”-Essalud; de la seguridad social de la provincia de Chiclayo, visitando a pacientes oncológicos de los diferentes pabellones de hospitalización; aplicando un cuestionario con la duración de 15 minutos por paciente. La participación de los sujetos fue anónima y voluntaria, quedando registrado en el consentimiento informado. También se solicitó la autorización por escrito del director de los jefes de área, y el jefe de servicio de investigación.

1.4. Justificación e importancia de la Investigación

En la actualidad se reconoce la necesidad de que todos los pacientes de cáncer deben estar adecuadamente evaluados en lo que respecta a la presencia y severidad de síntomas físicos y psicológicos y que se dispongan de las intervenciones óptimas para controlar todos estos síntomas de forma continua. Esto implica que se debe desarrollar un trabajo inter, multi y transdisciplinario cuando de tratamiento de pacientes oncológicos se hable; por todas las implicaciones psicológicas como consecuencia de que la enfermedad neoplásica genera malestar emocional el cual fluctúa entre una actitud normal hasta la aparición de signos y síntomas que demanden una intervención de su salud mental, siendo bastante conocido lo dificultoso que implica realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente oncológico.

Por lo antes expuesto se ha desarrollado esta investigación, para determinar la ansiedad y depresión que presentan los pacientes oncológicos hospitalizados en la provincia de Chiclayo, y así realizar una correcta identificación de sus trastornos emocionales y estar en condiciones de coadyuvar a proporcionar un tratamiento psiconcológico adecuado.

1.5. Limitaciones de la Investigación

Las dificultades que aparecieron durante la investigación fue el tiempo empleado en el mismo, la espera de respuesta a la solicitud enviada por parte de la universidad al centro hospitalario y algunos pacientes que desearon no acceder a la aplicación del instrumento.

1.6. Objetivos de la Investigación

1.6.1. Objetivo general

OG: Determinar la relación de nivel de ansiedad y depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018

Objetivos específicos

OE1: Establecer cuál es el nivel de ansiedad en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

OE2: Comprobar cuál es el nivel de depresión en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

OE3: Identificar cual es la relación de nivel de ansiedad y la dimensión somática de depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018

OE4: Conocer cuál es la relación de nivel de ansiedad y la dimensión afectiva de depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018

OE5: Determinar cuál es la relación de nivel de la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018

OE6: Establecer cuál es la relación de nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018

OE7: Identificar cuál es la relación de nivel de la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018

OE8: Conocer cuál es la relación de nivel de la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018

OE9: Determinar cuál es la relación de nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018

OE10: Establecer cuál es la relación de nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Betancourt y Aristizabal (2010) desarrollan su investigación cuyo objetivo era establecer si ansiedad y depresión tienen como factor de predicción al cáncer en las mujeres que asisten a la consulta externa de Oncología. Es un estudio, transeccional, descriptivo, expo-facto, in situ, de un solo grupo en el cual se estudiaron a cuarenta pacientes de las cuales en el 57,5% de los casos –utilizando la escala de Zigmond y Snaith -se hallò trastorno de ansiedad y depresión mientras que en un 25 % no se encontró trastorno alguno y en el 17,5 % hubo trastorno dudoso. Se pudo observar la presencia de trastorno de ansiedad y depresión con más frecuencia en pacientes con estadio II en un 25% y estadio III 22,5 %. Se llegó a establecer que ansiedad y depresión tienen como factores de predicción al diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de mama. (pp. xii-xiii)

Guerrero, Prepo y Loyo (2015) cuyo estudio tuvo como finalidad comprobar la asociación existente en pacientes diagnosticados con cáncer y que actualmente reciben tratamiento, entre auto trascendencia, ansiedad y depresión. La investigación es de tipo asociativo y transversal utilizando un marco muestral de 140 pacientes oncológicos y que se encuentran recibiendo quimioterapia y/o radioterapia. Se llegó a determinar –utilizando el coeficiente de correlación de Pearson-la existencia de una asociación inversa baja entre auto trascendencia y la dimensión de preocupaciones sociales y estrés de la escala de ansiedad ($r=-.235$; $p<.01$),asimismo se encontró una relación negativa moderada con la depresión ($r=-.439$; $p<.01$). Respecto de la ansiedad

y depresión se halló una asociación directa (positiva) moderada (r=.519; p<.01).De la aplicación de la prueba t de student se encontró que existen diferencias significativas entre ansiedad y las dimensiones inquietud e hipersensibilidad y ansiedad fisiológica. Los resultados hallados en esta investigación muestran la necesidad de diseñar y ejecutar intervenciones orientadas a potenciar la auto trascendencia en pacientes oncológicos, buscando mitigar los síntomas relacionados a ambos trastornos. (pp. 297-298)

Landa, Pérez, Sánchez y Covarrubias (2014) en cuya investigación plantean como objetivo analizar la relación entre la ansiedad, la depresión y la presencia e intensidad de síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal. Se llevó a cabo un estudio no experimental, correlacional y transversal en pacientes que acudían por primera vez a la consulta de cuidados paliativos. Se encontraron relaciones débiles, pero estadísticamente significativas, entre depresión y síntomas físicos. De igual modo, en el caso de la ansiedad, hubo el mismo tipo de relaciones con los síntomas físicos. Encontrando que existe una relación entre la ansiedad y la depresión con la presencia e intensidad de los síntomas físicos, y se discuten los posibles mecanismos involucrados. (p. 55)

Galindo, Álvarez y Alvarado (2013) al investigar acerca de estados de ansiedad y depresión buscaron identificar y contrastar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer y que se encuentran en tratamiento y seguimiento; así como su relación con los diferentes estilos de afrontamiento positivo. Para tal fin evaluaron a 49 pacientes diagnosticados y que actualmente se encuentran en tratamiento y 84 que

están en etapa de seguimiento. es un estudio de diseño no experimental, transversal y ex post-facto. Se aplicaron tres instrumentos : Instrumento de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, el Inventario de Ansiedad de Beck –BAI y el Inventario de Depresión de Beck –BDI. Se encontró que existen mayores niveles de ansiedad y depresión en aquellos pacientes que siguen tratamiento, asimismo se encontró una relación inversa entre los estilos de afrontamiento positivos y menores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva tanto en pacientes en tratamiento como los que están en seguimiento. El estudio confirma la asociación existente entre estilos de afrontamiento positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión. (pp. 69-70)

Moreno, Krikorian y Palacio (2015) llevan cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar los índices de malestar emocional, ansiedad y depresión y examinar su relación con la competencia percibida (CP) en pacientes con cáncer. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de 42 pacientes que consultaron un servicio de psicología de una institución oncológica. Se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Competencia Percibida (ECP).Los puntajes alcanzados en malestar emocional, ansiedad y depresión son bajos-medios y en competencia percibida son moderados. Se estableció que existe una relación inversa y significativa entre el malestar emocional y la competencia percibida ($p < .01$), en cuanto a la asociación entre ansiedad o depresión y competencia percibida no es significativa. Se llegó a determinar que el investigar sobre la CP tiene ventajas importantes, ya que las creencias generales de control pueden favorecer la adaptación en el proceso de enfermedad. (p. 517)

Rodríguez, Ortiz, Palao, Avedillo, Sánchez y Chinchilla (2002) desarrollan uan investigacion con el objetivos de establecer la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 534 pacientes oncológicos y 371 cuidadores familiares. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, así como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se observó que el 15,7% de los pacientes dieron positivo en la subescala de ansiedad, incluida dentro de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), al utilizar un punto de corte mayor o igual a 11 y el 14,6% lo hicieron en la subescala de depresión. Los resultados confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión y por lo tanto, la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar para contribuir a que los pacientes y sus familias puedan hacer frente a este tipo de problemas. (p. 27)

Del Pino (2012) plantea su estudio trazando como objetivo establecer la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con características socio-demográficas y clínicas de la enfermedad. La investigación se realizó tomando una muestra de 246 pacientes con diagnostico confirmado de cáncer que estaban hospitalizados, se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión “HADS”, y un cuestionario ad hoc de tipo socio-demográfico. Su diseño fue no experimental, analítico, transversal de corte-prevalencia. Se encontró que la prevalencia de depresión fue de 17.1% y la de ansiedad del 22.4%. Se evidenció la existencia de una relación significativa entre ansiedad con depresión. La prevalencia de depresión y ansiedad encontrada en la muestra en estudio se ubica entre los valores de referencia y por tanto no debe ser apreciada como efecto normal de la

enfermedad y no darle la importancia debida. Los pacientes oncológicos estudiados que se encuentran en estadios avanzados presentan mayor riesgo de desarrollar cuadros de depresión. (p. 7)

Ornelas, Tufiño y Sánchez (2011) al indagar sobre ansiedad y depresión en pacientes oncológicos plantearon como objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión que presentan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia y analizar los efectos y las diferencias de variables clínicas y sociodemográficas sobre su malestar psicológico. Participaron 203 mujeres con cáncer de mama en estadios 0-III. Para evaluar ansiedad y depresión se utilizó la versión adaptada de la escala The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y los datos sociodemográficos se recolectaron mediante una entrevista estructurada. La prevalencia de ansiedad y depresión fue 27 y 28% respectivamente. Significativamente las pacientes deprimidas (M = 3.73) presentaron más efectos secundarios que las no deprimidas (M = 2.84). Resequedad en la boca, irritación en la piel y dolor en la zona radiada fueron los síntomas más reportados. La prevalencia de ansiedad y depresión encontrada, indica la importancia de proporcionar apoyo psicológico a las pacientes. (p. 401)

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Aguilar y Quinde (2015) cuya investigación tuvo como finalidad establecer el nivel de ansiedad y depresión que existe en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV, el diseño corresponde a un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, sobre una muestra de 70 mujeres diagnosticadas con dicho tipo de cáncer y en el estadio indicado. El instrumento utilizado fue el test de ansiedad y

depresión de Hamilton. Los resultados arrojan que el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2, 9%, leve 34, 3%, grave un 51, 4%. Mientras aquellas que se ubican en el grado IV es ausente 1, 4%, moderada 2, 9%, grave un 7, 1%. Respecto del nivel de depresión este es grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4% en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III mientras en pacientes con cáncer de cuello uterino grado IV es grave un 5, 9%, moderada 2, 9%, ausente 2, 9%. Con base a dichos resultados se plantea que se hace necesario llevar a cabo una adecuada implementación de la estrategia sanitaria de cáncer desde el primer nivel de atención que coadyuve a un manejo integral adecuado y oportuno del paciente con cáncer. (p. viii)

Barahona (2015) al indagar sobre salud mental en pacientes oncológicos tuvo como objetivos establecer los niveles de estrés, depresión, ansiedad y delirium. Es una investigación con diseño descriptivo, de corte transversal y descriptivo sobre una muestra de 169 pacientes de ambos géneros que saben su diagnóstico de cáncer. Se utilizaron cinco instrumentos previamente validados: ficha epidemiológica, escala de autoevaluación de la depresión de Zung, escala de autoevaluación de ansiedad de Zung, Breve cuestionario del estrés y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Previamente los pacientes dieron su consentimiento informado. Se estableció presencia de estrés en el 50.3 % de la muestra; depresión, en 58.6 %; la ansiedad, en 18.3 % y delirium en el 0.6 %. El estrés, la depresión y la ansiedad de manera conjunta se presentó en el 16 % de los casos, mientras que en el 63 %, de los casos se halló una de estas condiciones. Se encontró que el estrés está relacionado con depresión (OR 8.6, IC 95 % 3.9-18.8) y con ansiedad (OR 3.6, IC 95 % 1.1-11.1), utilizando

regresión logística. Se llegó a determinar que el 16 % de los pacientes estudiados presentaron las tres patologías, mientras que el 66.3 %, mostró por lo menos una patología. En cuanto a la asociación estadística entre ellas se tiene que el estrés tuvo asociación significativa con la depresión y ansiedad basado en el modelo de regresión logística. La tercera parte de los pacientes, se adaptó bien al estrés que produce la enfermedad. Se recomienda la pronta pesquisa y tratamiento en caso de detección patológica. (p.3)

Calva y Castro (2014) al ejecutan su investigación sobre depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama plantearon como objetivo determinar el grado de los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama estadio I-IV. Es una investigación descriptiva, prospectiva de corte transversal, sobre una muestra de 130 mujeres diagnosticadas. El instrumento aplicado fue el test de depresión y ansiedad de Hamilton y test de autoestima de Rosemberg. Los resultados evidenciaron que el grado de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV califica como grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%. En cuanto al grado de ansiedad es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el grado de autoestima es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%. Se puso en relieve la importancia de llevar a cabo una adecuada estrategia sanitaria para atender el cáncer transversalmente sobre todo desde el primer nivel de atención bajo el concepto de manejo integral y multidisciplinario a pacientes afectados por esta patología. (p. IX)

Cabrera, Mendoza y Obando (2010) indagan acerca de los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos, su objetivo fue identificar factores relacionados

con la depresión en este tipo de pacientes. El diseño de la investigación es no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal llevado a cabo en la hospitalización del servicio de oncología de un hospital, la muestra está conformada por 44 pacientes hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión. El cuestionario utilizado para medir el nivel de depresión es el inventario de depresión de Beck, para los factores asociados se usó un cuestionario ad hoc de preguntas cerradas validado mediante juicio de expertos y prueba piloto. Los hallazgos encontrados evidencian que el factor sociocultural sentimiento está asociado al diagnóstico (p=0.004) y el significado del cáncer (p=0,014) están asociados a la depresión; en lo que respecta al factor asociado con la enfermedad, solo se identificó asociación entre la depresión con el nivel de satisfacción del paciente respecto a la enfermedad y tratamiento (p=0,002). Con los resultados encontrados se concluye que la depresión en pacientes oncológicos esta relacionada con factores socioculturales y propios de la enfermedad. (p. 96)

Bracamonte y Nizama (2015) al investigar acerca de depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, tuvieron como finalidad establecer la existencia de relación entre depresión y resiliencia en personas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en un hospital, se utilizaron dos instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. La investigación fue no experimental y correlacional. El tamaño de muestra fue de 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que reciben su tratamiento en un hospital. Encontraron que el 50% de las pacientes estudiadas presentan ausencia de depresión, el 29% presenta depresión leve, el 14% tiene un nivel moderado de

depresión y por otra parte el 7% presenta un nivel de depresión grave. Además se estableció la existencia de correlación negativa entre las variables, lo que indica, que, a niveles menores de depresión, la resiliencia presentada en los pacientes es mayor, pudiéndose adaptar a las experiencias adversas. (p. 4)

2.2. Bases Teóricas Científicas

2.2.1. El cáncer asociado a aspectos psicológicos

a. Definición de cáncer

El cáncer es definido como aquella patología que se origina cuando las células que forman parte de nuestro cuerpo, comienzan a desarrollarse de manera descontrolada en cualquier zona de nuestro cuerpo. El exceso de creación de células nuevas da lugar a masas denominadas “tumor” o “neoplasia”, las cuales, a medida que se expanden, originan la destrucción del tejido adyacente normal. Se caracteriza por ser una enfermedad de evolución prolongada, progresiva, agresiva y debilitante, de connotaciones negativas, asociada a sufrimiento y muerte. Suele comprometer los componentes físicos, psíquicos y sociales de la vida de los pacientes. (Durantes, 2016.p.8)

El cáncer origina sobre las personas que lo tienen alcances e implicancias psicológicas y que deben merecer la mayor atención. Diversas investigaciones han establecido la presencia de ansiedad y depresión como eventos patológicos a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente oncológico.

Dichos estudios sugieren que en todo el proceso evolutivo de la patología oncológica concurren ambos trastornos psicológicos. La ansiedad se asocia directamente con una serie de manifestaciones somáticas, en las que el paciente

muestran una serie de expresiones como preocupación, tensión y nerviosismo; se presenta en la fase de diagnóstico, a través del tratamiento, recidiva así como en los estadios avanzados o terminales, se presenta concomitantemente con niveles de ansiedad muy acentuados durante del proceso de quimioterapia. En cuanto a la depresión, los estudios indican que es un estado de ánimo caracterizado por presencia de abatimiento y tristeza, que impactan en las habilidades de autocuidado en la fase de quimioterapia. (Guerrero, Prepo y Loyo, 2015.p.298)

b. La actitud del paciente frente al cáncer

Según Del Pino, D. (2012) indica que por lo general la respuesta por parte de las personas frente a la eventualidad de conocer que su salud se ve afectada por un evento devastador como es el cáncer se ubica en tres fases:

FASE I: RESPUESTA INICIAL

Consta de incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia. Algunos pacientes intentarán probar que el diagnóstico no es cierto. La mayoría de los pacientes informarán sobre un período de incredulidad acompañado de incapacidad de procesar claramente la información.

FASE II: DISFORIA

Tiene una duración promedio de 1 a 2 semanas, proceso en el cual el paciente va aceptando lenta y paulatinamente que esta diagnosticado con cáncer. De manera general, los pacientes empezarán a sentir de forma intensa sufrimiento que se expresa de diversas formas como problemas de concentración, anorexia, ansiedad, depresión, insomnio, así como ciertos grados de incapacidad para realizar sus actividades diarias. Se presentan

frecuentemente pensamientos negativos acerca de la enfermedad y la muerte y muchas veces son incontrolables.

FASE III: ADAPTACIÓN A LARGO PLAZO

Esta fase se caracteriza por durar un prolongado periodo y en el cual va apareciendo una adaptación mas permanente y duradera.

Esta etapa se prolonga por semanas y meses, en la cual los pacientes hacen uso de una variada gama de estrategias y estilos que le sirven para enfrentar y remediar situaciones específicas concernientes a la enfermedad. (Del Pino, 2012. pp. 16-18)

2.2.2. La ansiedad

a. Definición de ansiedad

La ansiedad ha sido abordada desde varias ópticas ya sea desde la perspectiva física como psicológica, al respecto se presentan varias definiciones que dan algunos estudiosos del tema:

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado asociada a importantes manifestaciones somáticas. (Galindo, Álvarez, y Alvarado, 2013.p.71).

En un sentimiento de inquietud y angustia, que se expresa a través de síntomas somáticos, cognitivos y de conducta. Son respuestas normales o excesivas, generadas en las actividades de la vida diaria del paciente, por enfermedades físicas o mentales. Este proceso es una etapa emocional normal, lo preocupante es que se manifieste exageradamente que derive hacia un trastorno de ansiedad. Esto origina malestar en la persona y lo limita (e inclusive anula), inclusive para sus actividades cotidianas;

desmejorando la calidad de vida subjetiva. Produce una conducta escapista, evasión o resignación frente a los elementos amenazantes. (Armijos y Vásconez 2013, citado por Baguè, 2015)

Es una emoción que se presenta en las persona de manera más comun y frecuente; esta surge en cuanto la persona se considera amenazada por un peligro extremo o interno. Asimismo puede ser originado por fobias irracionales, tristeza e inclusive felicidad. Es variable y temporal en cuanto a intensidad y duración, en función de la percepción de la amenaza por parte del sujeto. El Trastorno de Ansiedad Generalizado y el Trastorno de Pánico son los síntomas que se presentan con más frecuencia. Se considera patológica cuando se muestra incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre la adaptación por el miedo y aprensión. (Maté, Hollenstein y Gil, 2004, citado por Baguè, 2015)

La ansiedad "es considerada como una reacción del Yo a las demandas inconscientes de los conflictos intra psíquicos de carácter generalmente inconsciente". Según esta definición la ansiedad es consecuencia de los conflictos intra psíquicos manifestados de manera inconsciente. (Gavidia, P., 2007. Citado por Díaz y Serrato, 2017).

Es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos negativos como tensión y síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblor, náuseas y vértigo. La ansiedad es una sensación que presentamos ante situaciones que valoramos como amenaza o riesgo. Esta situación alerta al cerebro; el cual promueve la respuesta adecuada; cuya finalidad es utilizar al máximo nuestros

recursos para enfrentarse al problema; teniendo siempre como objetivo de fondo el instinto de supervivencia. (Schlatter, 2003. Citado por Díaz y Serrato, 2017).

b. Causas que originan ansiedad

Todo trastorno emocional en la vida del ser humano tiene sus causas; es por ello que la ansiedad puede ser parte de la composición genética y bioquímica; así como de los diferentes tipos de personalidad. Además, existen factores externos que pueden generar ansiedad como el entorno, situaciones estresantes o un evento traumatizante. (Díaz y Serrato, 2017).

Existen tres factores que causan ansiedad: predisposicionales, activadores o desencadenantes y de mantenimiento. Dentro de los factores predisposicionales encontramos a los biológicos; aquellos que pueden heredarse a través de los genes como los tipos de personalidad, estilos de vida inapropiados y los factores ambientales como el aprendizaje, contexto y apoyo social. Entre los factores activadores o desencadenantes encontramos situaciones o acontecimientos que son vividos como desbordantes de recursos, consecuencias graves o que exigen importantes esfuerzos adaptativos y el consumo de estimulantes u otras drogas. Como tercer factor causante de ansiedad tenemos al de mantenimiento; está ligado a la gestión de la propia ansiedad como el “miedo al miedo”, la pérdida de condiciones o facultades por la propia ansiedad que dificultan el afrontamiento de los problemas y soluciones. Los problemas de ansiedad se producen por una combinación de alguno de estos factores durante un período de tiempo. (Díaz y Serrato, 2017).

c. Dimensiones de la ansiedad

Dimensión cognitiva-subjetivo: este componente está relacionado con la propia experiencia interna de cada ser humano, e incluye una infinidad de variables relacionadas con la recepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. Se le conceden a estos síntomas la función de percibir y evaluar los estímulos o manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta. (Aguayo, 2003).

Dimensión fisiológico- somática: la ansiedad está condicionada por la actuación de determinadas estructuras cerebrales como la actuación del hipotálamo. Desde un punto de vista fisiológico, la aparición de la ansiedad está condicionada por descargas de adrenalina. (Reig, 2011). La ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, molestias en el estómago, tiritar, etc. (Aguayo, 2003).

2.2.3. La depresión

a. Definición

La depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de ánimo de abatimiento y tristeza; afectando el cumplimiento terapéutico, habilidades de auto-cuidado, deterioro de la calidad de vida y mayor sintomatología. (Galindo, Álvarez, y Alvarado, 2013.p.71).

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud, es un trastorno que aqueja a más de 350 millones de personas en el mundo, que con frecuencia se

convierte en algo crónico o recurrente que puede obstaculizar sensiblemente el trabajo y la forma como las personas afrontan su actividad cotidiana. Es considerada una de las principales causas de discapacidad y participa de manera significativa a la tasa mundial de morbilidad. La evidencia empírica indica que entre el 10-15% de las depresiones mayores pueden llevar a los que la padecen al suicidio. (Carulla, Jara, Sanz, Martínez, Ledesma y Zubillaga, 2013).

Es una de las patologías con las más altas tasas de frecuencia entre los pacientes oncológicos, es un síndrome compuesto básicamente por síntomas afectivos; tristeza patológica, perturbación del sueño, abatimiento, sentimientos de culpabilidad y de incomodidad, ausencia de autoestima, irritación, incapacidad para hacer frente a las demandas de la vida, baja capacidad para poder concentrarse y tendencias suicidas. Incluye además, perturbaciones cognitivas o síntomas somáticos en mayor o menor grado. (Durantes, 2016)

Los pacientes oncológicos que padecen de depresión tienen algunos factores predisponentes como : presencia previa de trastornos emocionales, dolor durante el proceso de la enfermedad, cáncer en estadío avanzado, conflictos familiares, tratamientos, antecedentes de familiares que tienen esta patología, estrés severo. La Organización Mundial de la Salud en 2001 advirtió que trastornos como la ansiedad y la depresión podrían surgir como consecuencia del fracaso del paciente al enfrentarse a los problemas que plantea la vida diaria; en promedio el 18% de pacientes depresivos terminan suicidándose. (Carulla, Jara, Sanz, Martínez, Ledesma y Zubillaga, 2013).

Este concepto –depresión-está referido a una alteración del estado de ánimo. Al parecer resulta como consecuencia de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos y con mucha frecuencia coexiste con otras patologías concomitantes como cáncer, VIH/SIDA, afecciones cardíacas, derrame cerebral, diabetes y la enfermedad de Parkinson. Abundante evidencia empírica demuestran que pacientes que sufren de depresión, presentan también otras entidades patológicas graves tendiendo a presentar sintomatología más profunda ya sea de la depresión como de las enfermedades médicas. (Galindo, Álvarez, y Alvarado, 2013.p.71).

b. Categorización de la depresión

La depresión se puede categorizar en función a la presencia o no de síntomas dentro del cuadro general de depresión:

Ausencia de depresión.

Ausencia de síntomas o ligera sintomatología que afecta al paciente pero que no impide la función de sus labores cotidianas.

Depresión leve.

Patología *d*e baja intensidad con presencia de síntomas que no incapacitan, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona.

Depresión moderada.

Presencia de una indiferencia por su entorno más próximo, auto reproches, auto acusaciones, falta de apetito, el deseo sexual baja, existencia de cansancio y elude la actividad, puede permanecer en silencio.

Depresión grave.

La intensidad de los síntomas es más alta que puede derivar en un mutismo absoluto, delirios producto de su pensamiento pesimista sobre el presente, pasado y futuro y a los eventos que se den en la familia, autoacusaciones, expectativas de castigo e ideas suicidas, manteniendo un llanto, mostrando en ocasiones irritabilidad o indiferencia, fatigabilidad, teniendo una pérdida de peso notable. (Bracamonte y Díaz, 2015.p.31)

c. Dimensiones de la depresión

Las personas que sufren de depresión, manifiestan un conjunto de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y físicos. Esta es una sintomatología que desde un estado de ánimo bajo a alteraciones de la conducta tan graves como la tentativa de suicidio o las autolesiones y que se pude agrupar en las siguientes dimensiones:

Dimensión afectiva/cognitiva: estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad/nerviosismo, dificultad para la concentración, perdida de interés y motivación, incapacidad para disfrutar, anhedonia (incapacidad para presentar placer), distorsiones cognitivas, baja autoestima, sentimientos de inutilidad, pensamientos de muerte o suicidio. Llanto, confrontación interpersonal, aislamiento social, evitación de intimidad, uso/abuso de sustancias, evitación de situaciones ansiógenas, rituales o compulsiones, reducción de producción, reducción de actividades de ocio, autolesiones, intentos de suicidio, conductas violentas.

Dimensión física (somática): fatiga, pesadez en extremidades, insomnio, hipersomnia, pérdida de apetito, pérdida de peso, aumento del apetito,

aumento de peso, disfunción eréctil, anorgasmia, dolores, dolor de cabeza, tensión muscular, problemas gastrointestinales, palpitaciones, sensación de quemazón. (Díaz y Serrato, 2017).

2.3. Definición de Términos Básicos

Ansiedad: Es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos negativos como tensión y síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblor, náuseas y vértigo. (Schlatter, 2003).

Depresión: La depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un sentimiento de infelicidad y genera abatimiento, que puede ser algo temporal o fijarse estable y permanentemente. (Innatia, 2016)

Dimensión afectiva: comprende la capacidad que tienen los seres humanos para relacionarse, actuar, analizar, crear y transformar la realidad, permitiendo la construcción de nuevo saber. (Slide share ,2006)

Dimensión somática: Somático hace referencia al cuerpo humano, a la estructura corporal y a las sensaciones corporales, sentimientos, incluyendo sentimientos sexuales y la memoria. (Vattamatam, 2012).

Psicoterapia: Es el tratamiento que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente en cuestión pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica. (Díaz y Serrato, 2017).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

No experimental

Hernández y Fernández (2006) refieren que es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. No hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio, son observados en su ambiente natural, en su realidad.

Cuantitativo

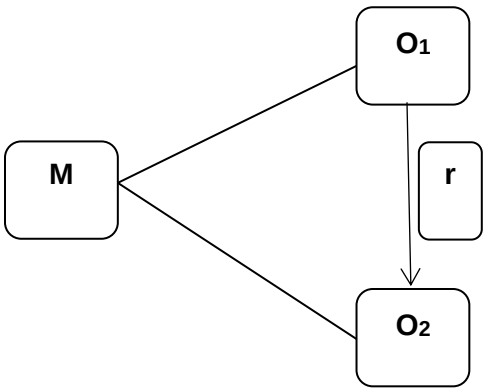
4. La investigación cuantitativa nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de éstos (Hernández y Fernández ,2006. p.1)

4.1.1. Diseño de la Investigación

Descriptivo Correlacional

Los estudios Correlacionales evalúan las variables para determinar si existe o no relación entre ellas, este tipo de estudios son cuantitativos e intentan predecir el comportamiento que tendrá una variable, a partir del valor que tienen en la (s) variable(s) relacionada(s). (Hernández y Fernández, 2006)

Esquema del Diseño correlacional:



Donde:

M: (Muestra) Pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018

O1: Observación de la variable independiente Ansiedad

O 2: Observación de la variable dependiente Depresión

r: Correlación de las variables

4.2. Población y Muestra

4.2.1. Población.

La población de estudio está definida por los pacientes hospitalizados promedio mensual con diagnostico oncológico (en los servicios de oncología, ginecología y urología) que es un total de 114 pacientes oncológicos hospitalizados mensual.

4.2.2. Muestra

Con este total poblacional se procede al cálculo de la muestra. Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para muestra aleatoria sin reposición para población finita:

$$n_0 = \frac{\mathbf{Z^2_{1-\alpha}\, p\,(1 - P)\, N}}{\mathbf{Z^2_{1-\alpha}\, p\,(1 - P) + e^2\,(N - 1)}}$$

Dónde:

n_o: Tamaño de muestra inicial

N: Tamaño de la población (N= 114)

.**$Z^2_{1-\alpha}$ p:** Abscisa de la distribución normal a un 95% de nivel de confianza. (**$Z^2_{1-\alpha}$ =1.96).**

P= 0.50 para conseguir la mayor y mejor muestra.

e: Margen de error 5.0 % (e=0,05).

$$n_0 = \frac{1.96^2 \text{ x } 0.50 \text{ x } 0.50 \text{ x } 114}{1.96^2 \text{ x } 0.50 \text{ x } 0.50 + 0.07^2 \text{ x } (114 - 1)}$$

$$n_0 = 88.09 = 88$$

De acuerdo a este cálculo el número de muestras que se recolectarán será de 88. Este valor de la muestra inicial se examina con el factor de corrección del muestreo, para ver si es mayor o menor a 5, si es menor a 5, allí termina la operación tal como se indica.

Fracción de muestreo:

$$f = \frac{n_o}{N} x100 = \frac{88}{114} x100 = 77.19$$

Este factor de muestreo resultó mayor que 5, entonces fue necesario corregir el tamaño de la muestra inicial, utilizando la fórmula del tamaño de muestra ajustada.

Muestra ajustada (n_f)

$$n_f = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

Remplazando datos se obtiene**:**

$$n_f = \frac{88}{1 + \frac{88}{1234114}} = 42$$

$$n_f = 42$$

4.2.3. Muestreo

El muestreo probabilístico utilizado es el aleatorio simple con reposición, para lo cual se identificó a los pacientes hospitalizados oncológicos y de la lista identificada se fue se fue extrayendo los elementos muestrales a los que se les aplico la encuesta mediante un sorteo aleatorio.

Criterio de inclusión:

Pacientes diagnosticados con cáncer.

Los pacientes conocieron su diagnóstico de cáncer.

La edad fue entre 18 a 65 años, para evitar trastornos de adaptación, por la búsqueda de identidad en los adolescentes y condiciones de vulnerabilidad en personas de la tercera edad.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no desean participar en la investigación

Pacientes que tienen trastornos mentales.

Pacientes que no dieron su consentimiento informado.

Pacientes en la condición de terminales.

4.3. Hipótesis

4.3.1. Hipótesis general

Ho: La ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Ha: La ansiedad no influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

4.3.2. Hipótesis Específicas

HE1: El nivel ansiedad en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018 es moderado.

HE2: El nivel depresión en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018 es moderado.

HE3: La ansiedad influye en la dimensión somática de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE4: La ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE5: La dimensión somática de la ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE6: La dimensión afectiva de la ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE7: La dimensión somática de la ansiedad influye en la dimensión somática de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE8: La dimensión somática de la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE9: La dimensión afectiva de la ansiedad influye en la dimensión somática de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

HE10: La dimensión afectiva de la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

4.4. Variables

Variable independiente: Ansiedad

Variable dependiente: Depresión

4.5. Operacionalización

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INDICE	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE: **ANSIEDAD**	Es un estado de inquietud y angustia, que se manifiesta mediante síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. (Armijos y Vásconez 2013, citado por Baguè, 2015)	Fue evaluada con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), elaborado por el mismo autor, que tiene las siguientes categorías: Ansiedad muy baja (00–21), Ansiedad moderada (22–35), y Ansiedad severa	SOMATICO	Hormigueo, calor, temblor piernas, mareo, palpitaciones, ahogo, temblor manos, temblor generalizado, dificulta al respirar, molestias digestivas, palidez, rubor facial, sudoración.	Reactivos: 1, 2, 3, 6, 7, 11,12,13, 15, 18,19,20,21	Mínimo, leve, moderado, grave	Cuestionario. Escala Likert
			AFECTIVO	Incapacidad relajación, miedo a lo peor, sensación inestabilidad, terror, nerviosismo,	Reactivos: 4,5,8,9, 10, 14, 16,17		

				miedo a perder el control, miedo a morir, sobresaltos.			

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INDICE	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE: **DEPRESION**	La depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de ánimo de abatimiento y tristeza; afectando el cumplimiento terapéutico, habilidades de auto-cuidado, deterioro de la calidad de vida y mayor sintomatología. (Galindo, Álvarez, y Alvarado, 2013.p.71).	Fue evaluada con Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por el mismo autor	SOMATICO	Sueño, Cansancio, Apetito, Pérdida de peso, Sexualidad.	Reactivos: 16, 17,18,19, 21	Altibajos considerados normales, leve perturbación del estado de ánimo, estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave.	Cuestionario. Escala Likert
			AFECTIVO	Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Satisfacción, Culpa, Castigo, Decepción, Autocritica, Ideación suicida, Llanto, Irritabilidad, Interés, Indecisión, Atractivo físico, Iniciativa, Preocupación por la salud.	Reactivos: 1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,10,11, 12,13,14,15,20		

4.6. Abordaje Metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.6.1. Abordaje Metodológico

Como métodos de investigación se utilizaron el método deductivo y el inductivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003) explican que el método deductivo es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica.

Método Inductivo. Se aplicó este método, porque a partir de los resultados de la encuesta aplicando los dos instrumentos a la muestra de estudio, se determinó la relación entre la ansiedad y la depresión de los pacientes oncológicos hospitalizados.

El método deductivo infiere los hechos observados basándose en la ley general (a diferencia del inductivo, en el cual se formulan leyes a partir de hechos observados). El método deductivo puede dividirse en método deductivo directo de conclusión inmediata (cuando se obtiene el juicio de una sola premisa, sin intermediarios) y método deductivo indirecto o de conclusión mediata (cuando la premisa mayor contiene la proposición universal y la premisa menor contiene la proposición particular, la conclusión resulta de su comparación). (Tejeda, 2011). En la investigación sirvió para que a partir de los datos encontrados y de información general de la población, podamos recabar datos más precisos, los mismos que al ser ajustados con métodos estadísticos resulto en conclusiones concretas respecto de los niveles de influencia de la ansiedad en la depresión de los pacientes oncológicos hospitalizados.

4.6.2. Técnicas de Recolección de datos.

La técnica que utilizamos fue la encuesta, mediante cuestionarios que evalúen los factores que deseamos encontrar en la población de acuerdo a nuestras dos variables, en tal forma serán un conjunto de preguntas ya formuladas referidas a estas mismas. A estos cuestionarios se les identifica también con el nombre de inventarios lo cual en esta investigación se utilizará el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB).

4.6.3. Instrumentos de recolección de datos

Esta investigación contó con varios tipos de cuestionarios, los cuales uno de ellos es la recolección de datos del paciente según su historia clínica. Se desarrolla dicho cuestionario con la finalidad de contar con los pacientes con las características idóneas para el estudio de investigación, y para detectar patologías previas que puedan afectar a las conclusiones de esta investigación. Y el Consentimiento informado, el cual consta en explicarle al paciente los pormenores de la práctica que se le va a efectuar y de pedirle su permiso. En la Ley de Ejercicio Legal de la Medicina (Nº17.132) consta la obligatoriedad del sistema de salud de pedir consentimiento al paciente.

Uno de los instrumentos utilizado es un inventario autoaplicado, centrado en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, donde se tomó como referencia a la semana previa y al mismo día de efectuado el inventario. Cuenta con una sensibilidad de 63% y especificidad de 65%. Los estudios de fiabilidad y validez indican una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,92). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. Cuenta con 21 ítems. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. Esta es una escala sencilla y de fácil aplicación (duración aproximada de 5 minutos), muy útil para este tipo de pacientes; porque valora en periodos de tiempo breves el grado en que la enfermedad está afectando al estado emocional del enfermo.

El otro instrumento utilizado es el Inventario de Depresión de Beck (IDB) abarca manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la depresión, tomando como referencia a la semana previa y al mismo día de efectuado el inventario autoaplicado. El Inventario de Depresión de Beck (IDB) fue diseñado para medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión, se aplica en adolescentes y adultos con edades que oscilen entre los 16 y 65 años, y su administración puede ser de manera colectiva e individual con un tiempo estimado de 15 minutos. Constituido por 21 items, cada uno se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva, a veces se da la circunstancia de que la persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado, en este caso se elige la puntuación de mayor gravedad.

Baremos

ANSIEDAD

NIVEL DE ANSIEDAD	TOTAL	SOMATICO	AFECTIVO
MINIMO	0-7	0-4	0-3
LEVE	8-15	5-9	4-6
MODERADO	16-25	10-15	7-10
GRAVE	26-63	16- 39	11-24

DEPRESION

NIVEL DE DEPRESION	TOTAL	SOMATICO	AFECTIVO
ESTOS ALTIBAJOS SON CONSIDERADOS NORMALES.	0-10	0-2	0-8
LEVE PERTURBACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO.	11-16	3-4	9-12
ESTADOS DE DEPRESIÓN INTERMITENTES.	17-20	5-6	13-14
DEPRESIÓN MODERADA.	21-30	7-11	15-19
DEPRESIÓN GRAVE.	31-40	12-16	20-24
DEPRESIÓN EXTREMA	41 -63	17-24	25-39

4.7. Procedimientos para la recolección de datos

Se solicitó el permiso necesario a los directivos del Hospital nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo”, Essalud para la aplicación de los instrumentos de las variables a utilizar, luego de eso se seleccionó a la población de los servicios con mayor presencia de morbilidad oncológica como Oncología, Ginecología y Urología. Se les brindo información para poder acceder a la firma del formato de consentimiento informado en el que se les especificaba cuales eran los objetivos de la investigación, así mismo se les brindó las instrucciones de los test y en qué consistía la aplicación, en la aplicación se realizaron interrogantes sobre algunas preguntas de los instrumentos, los cuales se respondieron de manera satisfactoria.

4.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos

Los métodos que se utilizaron para nuestro análisis de datos son los siguientes:

a) Estadística descriptiva:

- Matriz de base de datos sobre ansiedad y depresión.
- Construcción de tablas de distribución de frecuencias
- Elaboración de figuras estadísticas.

b) Estadística inferencial:

Para el procesamiento y obtención de los resultados de los estadísticos descriptivos y la contrastación de las hipótesis, se utilizó el software de estadística para ciencias sociales (SPSS V23).

Se utilizó el Coeficiente de contingencia del estadístico de prueba Tau-b de Kendall para medir la correlación entre variables cualitativas ordinales.

4.9. Criterios éticos

Los criterios éticos se basan en lo que menciona el MANUAL DE ÉTICA DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS:

Responsabilidad: Pues se realizará una evaluación cuidadosa en la que los participantes tengan claro las fases de este; así mismo tanto investigadores como colaboradores asumirán de igual manera la responsabilidad. (Título I)

Normas legales y morales: Se respetará las normas éticas en la comunidad en la que se realizará la investigación, evitando algún tipo de discriminación ya sea de raza, sexo, religión o ideología. (Título III)

Confidencialidad: La información obtenida sobre los participantes durante toda la investigación es confidencial, puesto que no observado por terceras personas. (Título IV)

Consentimiento informado: Se le informará a los participantes de todas las características de la investigación que puedan ser capaz de tomar la decisión de participar, además se les explicará otros aspectos relevantes de la investigación. (Título XI, Articulo 81)

4.10. Criterios de rigor científico

Se mencionan los siguientes puntos:

Valor de verdad: Esto se determina mediante la validez interna, es decir, lo que obtuvimos en los datos recogidos o lo que es en realidad.

Aplicabilidad: Este punto se determina mediante la validez externa, que es el grado en que puede aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos.

Consistencia: Los instrumentos son utilizados repetitivamente en las mismas circunstancias, es decir se aplica en la misma. Se refiere a la fiabilidad interna, que es el grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias

Neutralidad: Fiabilidad de que los resultados de una investigación no están sesgados por intereses del investigador.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los pacientes oncológicos de la muestra y que se ha esquematizado en : a) los resultados de la presencia de ansiedad y depresión en dichos pacientes, esto supone hacer uso de estadística descriptiva básicamente la distribución de frecuencias relativas (%) y b) la contrastación de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, para esto se ha utilizado los resultados descriptivos en el caso de hipótesis de tipo descriptivo (nivel de ansiedad y depresión) y el coeficiente tau b de Kendall para el caso de contratación de asociación entre las variables y sus dimensiones, pues se tratan de variables ordinales.

4.1. Resultados en Tablas

a. Hipótesis general

Ho: La ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018.

Ha: La ansiedad no influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo,2018.

Tabla 1 Prueba tau b de Kendall ansiedad y depresión pacientes oncológicos internados, 2018

PRUEBA	VARIABLE		DEPRESION	ANSIEDAD
Tau_b de Kendall	**DEPRESION**	Coeficiente de correlación	1.000	,363*
		Sig. (bilateral)		0.011
	ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	,363*	1.000
		Sig. (bilateral)	0.011	

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).
Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Respecto a la relación entre la variable ansiedad y depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.011 < 0.05 y por tanto tienen relación significativa lo que indica que la ansiedad influye en la depresión y en consecuencia se acepta la hipótesis nula (Ho): La ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018. Respecto de su grado de asociación el coeficiente de correlación es positiva con valor 0.363 lo que califica como un grado bajo, es decir que si el nivel de la ansiedad sube también lo hace la depresión, pero en un grado bajo.

b. Hipótesis especificas

HE1: El nivel ansiedad en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018 es moderado.

Tabla 2 Nivel de la ansiedad en pacientes hospitalizados Oncológicos, 2018

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	14	33.3
Leve	18	42.9
Moderado	6	14.3
Grave	4	9.5
Total	**42**	**100.0**

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: En la tabla N°5 se establece el nivel de ansiedad en pacientes hospitalizados oncológicos en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, se identifica que el 42,9 % de los pacientes presentan ansiedad leve; 33,3 % ansiedad mínima, el 14 %, 3 % de nivel moderada y el 9,5 % ansiedad grave. Como evidencian

estos resultados toda la muestra de pacientes oncológicos hospitalizados presenta cierto nivel de ansiedad, predominando el leve y el mínimo. Este resultado está influenciado por los resultados favorables obtenidos en la dimensión somática de la variable pues la dimensión afectiva presenta diferente resultado (conforme se observa en anexos No.5 y 6). Como se colige de la tabla la categoría Leve es de 42.9 $ y por tanto es el preponderante y como tal se rechaza la HE1 que postula que es moderado.

HE2: El nivel de depresión en pacientes oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018 es moderado.

Tabla 3 Nivel de depresión en pacientes oncológicos internados, 2018

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Altibajos considerados normales	35	83.3
Leve perturbación del estado de animo	4	9.5
Estados de depresión intermitentes	0	0
Depresión moderada	0	0
Depresión extrema	3	7.1
Total	**42**	**100.0**

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Ansiedad- Dimensión Somática Depresión

Análisis e interpretación: En la tabla N°10 se determina el nivel de depresión en pacientes hospitalizados oncológicos en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, se identifica que el 83.3 % de los pacientes presentan altibajos considerados normales, el 9.5 % tienen leve perturbación del estado de ánimo y solo el 7.1 % sufren de depresión extrema. Este resultado está influenciado por los resultados favorables obtenidos en la dimensión afectiva de la variable (conforme se observa en anexos No.

7 y 8) pues la dimensión somática presenta diferente resultado, asimismo valga indicar que se podría estar debiendo a que siendo el paciente hospitalizado conocedor de su diagnóstico y de saberlo previamente a su hospitalización se encontraría en la fase de adaptación a largo plazo de ah los hallazgos encontrados. De acuerdo a los resultados encontrados de la aplicación de encuestas a los pacientes hospitalizados oncológicos, el mayor nivel encontrado es Altibajos considerados normales con 83.3 % y por tanto este es el preponderante y como tal se rechaza la HE2 que sostiene que es moderada.

HE3: La ansiedad influye en la dimensión somática de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 4 Prueba Tau b de Kendall ansiedad y dimensión somática de depresión

PRUEBA	VARIABLE		ANSIEDAD	SOMATICO DEPRESION
Tau b de Kendall	**ANSIEDAD**	Coeficiente de correlación	1.000	0.201
		Sig. (bilateral)		0.142
	SOMATICO DEPRESION	Coeficiente de correlación	0.201	1.000
		Sig. (bilateral)	0.142	

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Respecto a la relación entre la variable ansiedad y la dimensión somática de la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.142 > 0.05 y por tanto no tienen relación; lo que indica que la ansiedad no influye en la dimensión somática de la depresión y en consecuencia no se acepta la hipótesis.

HE4: La ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 5 Prueba Tau b de Kendall ansiedad y dimensión afectiva de depresión

PRUEBA	VARIABLE		ANSIEDAD	AFECTIVO DEPRESION
Tau_b de Kendall	**ANSIEDAD**	Coeficiente de correlación	1.000	,369**
		Sig. (bilateral)		0.010
	AFECTIVO DEPRESION	Coeficiente de correlación	,369**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.010	

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Respecto a la relación entre la variable ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.01 < 0.05 y por tanto tienen relación; lo que indica que la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión y en consecuencia se acepta la hipótesis. Respecto de su grado de asociación el coeficiente de correlación es positiva con valor 0.369 lo que califica como un grado bajo, es decir que si el nivel de la ansiedad sube también lo hace la depresión, pero en un grado bajo.

HE5: La dimensión somática de la ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 6 Prueba Tau b de Kendall dimensión somática de ansiedad y depresión

PRUEBA	VARIABLE		DEPRESION	SOMATICO ANSIEDAD
Tau_b de Kendall	**DEPRESION**	Coeficiente de correlación	1.000	,512**
		Sig. (bilateral)		0.000
	SOMATICO ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	,512**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Sobre la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.000 < 0.05 y por tanto tienen relación; lo que indica que la dimensión somática de la ansiedad influye en la depresión y en consecuencia se acepta la hipótesis. Respecto de su grado de asociación el coeficiente de correlación es positiva con valor 0.512 lo que califica como un grado medio, es decir que si el nivel de la ansiedad sube también lo hace la depresión, pero en un grado medio.

HE6: La dimensión afectiva de la ansiedad influye en la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 7 Prueba Tau b de Kendall dimensión afectiva ansiedad y depresión

PRUEBA	VARIABLE		DEPRESION	AFECTIVO ANSIEDAD
Tau_b de Kendall	**DEPRESION**	Coeficiente de correlación	1.000	,328*
		Sig. (bilateral)		0.021
	AFECTIVO ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	,328*	1.000

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Sobre la relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.021 < 0.05 y por tanto tienen relación; lo que indica que la dimensión afectiva de la ansiedad influye en la depresión y en consecuencia se acepta la hipótesis. Respecto de su grado de asociación el coeficiente de correlación es positiva con valor 0.328 lo que califica como un grado bajo, es decir que si el nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad sube también lo hace la depresión, pero en un grado bajo.

HE7: La dimensión somática de la ansiedad influye en la dimensión somática de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 8 Prueba tau b de Kendall dimensión somática de ansiedad y dimensión somática de depresión

PRUEBA	VARIABLE		SOMATICO ANSIEDAD	SOMATICO DEPRESION
Tau_b de Kendall	**SOMATICO ANSIEDAD**	Coeficiente de correlación	1.000	0.000
		Sig. (bilateral)		0.000
	SOMATICO DEPRESION	Coeficiente de correlación	0.000	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Sobre la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.000 < 0.05 y por tanto tendrían relación; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables y por tanto se rechaza la hipótesis.

HE8: La dimensión somática de la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 9 Prueba Tau b de Kendall dimensión somática ansiedad y dimensión afectiva depresión

PRUEBA	VARIABLE		SOMATICO ANSIEDAD	AFECTIVO DEPRESION
Tau_b de Kendall	**SOMATICO ANSIEDAD**	Coeficiente de correlación	1.000	,000**
		Sig. (bilateral)		.001
	AFECTIVO DEPRESION	Coeficiente de correlación	,000**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Respecto de la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.01 < 0.05 y por tanto tienen relación; lo que indica que la dimensión somática de la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables y por tanto se rechaza la hipótesis.

HE9: La dimensión afectiva de la ansiedad influye en la dimensión somática de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 10 Prueba tau B de Kendall dimensión afectiva ansiedad y dimensión somática depresión

PRUEBA	VARIABLE		AFECTIVO ANSIEDAD	SOMATICO DEPRESION
Tau_b de Kendall	AFECTIVO ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	1.000	,000*
		Sig. (bilateral)		.030
	SOMATICO DEPRESION	Coeficiente de correlación	,000*	1.000
		Sig. (bilateral)	.030	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Sobre la relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.03 < 0.05 y por tanto tienen relación; lo que indica que la dimensión afectiva de la ansiedad influye en la dimensión somática

de la depresión; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables y por tanto se rechaza la hipótesis.

HE10: La dimensión afectiva de la ansiedad influye significativamente en la dimensión afectiva de la depresión en los pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018.

Tabla 11 Prueba tau b de Kendall dimensión afectiva ansiedad y dimensión afectiva depresión

PRUEBA	VARIABLE		AFECTIVO ANSIEDAD	AFECTIVO DEPRESION
Tau_b de Kendall	**AFECTIVO ANSIEDAD**	Coeficiente de correlación	1.000	,000*
		Sig. (bilateral)		.035
	AFECTIVO DEPRESION	Coeficiente de correlación	,000*	1.000
		Sig. (bilateral)	.035	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Análisis e interpretación: Sobre la relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados en la Ciudad de Chiclayo, se observa que el valor p 0.035 < 0.05 y por tanto tienen relación; lo que indica que la dimensión afectiva de la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables y por tanto se rechaza la hipótesis.

4.2. Discusión de Resultados

El cáncer, desde su inicio, provoca frecuentemente muchos síntomas y éstos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad, afectando

la calidad de vida de la persona. Un elemento crítico en el tratamiento del paciente con cáncer es reconocer los índices presentes de depresión y ansiedad para poder establecer el grado apropiado de intervención, que puede abarcar desde una consejería breve o grupos de apoyo.

Considerando que el objetivo principal de este estudio fue determinar la relación de nivel de ansiedad y depresión en pacientes Oncológicos internados en un hospital de la Seguridad Social de la provincia de Chiclayo, 2018; donde los resultados reflejaron que existe relación entre la ansiedad y depresión (p .011 < 0.05) de pacientes oncológicos hospitalizados siendo su relación directa, pero de baja influencia. Este resultado es parecido al de Guerrero, Prepo y Loyo (2015) que encontraron una relación positiva moderada (r=.519; p<.01), sin embrago difieren en cuanto a la relación entre ambos variables pues en el caso de nuestro estudio arrojó una relación baja los citados investigadores hallaron una relación media; al respecto Landa, Pérez, Sánchez y Covarrubias (2014) también encontraron que existe una relación positiva entre la ansiedad y la depresión con la presencia e intensidad de los síntomas físicos juntamente con Del Pino (2012) que encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre ansiedad con depresión

Al aplicar el inventario de ansiedad de Beck y procesar la información se encontró que, de acuerdo a los hallazgos encontrados, el mayor nivel de ansiedad encontrado es el leve 42.9 % seguido por mínimo con 33.3 % siendo que la categoría Moderado es de 14.3. Estos resultados difieren de los hallados por Aguilar y Quinde (2015) que encontraron que nivel de ansiedad en mujeres con cáncer es ausente 2, 9%, leve 34,

3%, grave un 51, 4% y de Calva y Castro (2014) que establecieron en su estudio que el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9%.

Respecto de la depresión al recabar información vía encuesta a los pacientes oncológicos hospitalizados y utilizando el Inventario de Depresión de Beck se determinó que el mayor nivel de depresión encontrado es “Altibajos considerados normales” con 83.3 % siendo el preponderante lo cual indica que su nivel de depresión es bajo, en tal dirección también apuntan Moreno, Krikorian y Palacio (2015) que obtuvieron puntuación baja en depresión, Ornelas, Tufiño y Sánchez (2011) que encontraron que la prevalencia en depresión fue 28%, Bracamonte y Nizama (2015) concluyen que el 50% de las pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo evidencia ausencia de depresión, el 29% depresión leve, el 14% nivel moderado de depresión, mientras que el 7% un nivel de depresión grave. En contraposición Betancourt y Aristizabal (2010) hallan que el 57,5% de su muestra presentó trastorno depresión, Aguilar y Quinde (2015) arriban al resultado que el nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino es grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4% y Calva y Castro (2014) que concluyen que el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

-Existe relación entre la ansiedad y depresión (p .011 < 0.05) de pacientes oncológicos hospitalizados siendo el coeficiente de correlación positivo con valor 0.363 lo que califica como grado bajo.

- De acuerdo a los hallazgos encontrados, el mayor nivel de ansiedad encontrado es el leve 42.9 % seguido por mínimo con 33.3 % siendo que la categoría Moderado es de 14.3 y por tanto el nivel de ansiedad hallado no es mayoritariamente moderado rechazándose la hipótesis especifica.

- El mayor nivel de depresión encontrado es “Altibajos considerados normales” con 83.3 % siendo así el preponderante y como tal se rechaza la hipótesis que sostiene que el nivel preponderante es el moderado.

- No hay relación entre la variable ansiedad y la dimensión somática de la depresión (p .142 > 0.5); lo que indica que la ansiedad no influye los en los factores físicos de la depresión.

- Existe relación entre la variable ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión (p 0.01 < 0.05) lo que indica que la ansiedad influye en la dimensión afectiva de la depresión siendo su correlación positiva (valor 0.369) lo que califica como un grado bajo.

- Sobre la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la depresión el valor hallado es p 0.000 < 0.05 y por tanto tienen relación. Cuenta con correlación positiva con (coeficiente 0.512) lo que califica como un grado medio.

- La relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión de pacientes oncológicos hospitalizados se halló relación entre ambas (p 0.021 < 0.05) lo que indica que la dimensión afectiva de la ansiedad influye en la depresión. Su correlación es positiva de grado bajo (coeficiente 0.328)

- No existe relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión a pesar que el valor p 0.000 < 0.05 y por tanto tendrían relación; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables.

- La relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión es nula a pesar que valor p 0.01 < 0.05; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables.

- No hay relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión somática de la depresión de pacientes oncológicos a pesar que valor p 0.03 < 0.05; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables.

- No existe relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la dimensión afectiva de la depresión de pacientes a pesar que el valor p 0.035 < 0.05; sin embargo, el coeficiente de correlación es cero lo que indica que no existe relación entre ambas variables.

6.2. Recomendaciones

-Poner en relieve la importancia de detectar y tratar a tiempo la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer y no asumirla como una cuestión obvia e ineludible ante el diagnóstico, buscando mejorar su calidad de vida y favorecer su supervivencia.

-Se debe efectuar la evaluación del paciente en un enfoque integral, llevado a cabo por un equipo multidisciplinario donde participen médicos, así como personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiátricas, no esperando llegar que se produzcan los daños psicológicos puesto que al abordarlo así; es más efectivos para la disminución de la psicopatología oncológica tipo ansiedad y depresión.

- Proporcionar apoyo emocional no solo al paciente afectado, sino a sus familiares, por cuanto, cada uno de sus integrantes necesita apoyo para asumir sus tareas y desempeñar un rol activo en el cuidado físico y emocional de la paciente.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, F. y Quinde, Y. (2015). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III Y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - 2013. Tesis de grado, Universidad Particular Antenor Orrego, Perú. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1115/1/AGUILAR_FIORELLA_NIVELES_ANSIEDAD_DEPRESI%C3%93N.pdf

Armijos, J., Vásconez, K. (2013). Trastorno de ansiedad en las mujeres con cáncer de mama y cérvix entre las edades de 30 a 50 años, que se atienden en el hospital oncológico Dr. Wilson Franco Cruz en el año 2011-2012. Tesis de grado. Recuperado de

Aguayo, L. (2003). Anales de la psicología. Disponible en: http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/7268/3/152.46-R685a-Capitulo%20II.pdf

Bagué, L. (2015). Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados. Tesis de grado, Universidad de La Laguna. Recuperado de https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2206/Depresion%20y%20ansiedad%20en%20pacientes%20oncologicos%20hospitalizados..pdf?sequence=1

Barahona, L. (2015). Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. 2011. Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4555/Barahona_ml.pdf?sequence=1

Bracamonte, A. y Díaz, D. (2015). Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013.Tesis de grado, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/672/1/TL_BracamonteAlejandriaAna_DiazNizamaDiana.pdf

Betancourt, A. y Aristizabal, G. (2010). Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Consulta externa de oncología hospital universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar – Edo – Bolívar. Febrero – abril 2008. Tesis de grado. Universidad De Oriente. Núcleo Bolívar, Venezuela. Recuperado de http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2897/1/01-TESIS.CANCER_DE_MAMA.pdf

Cabrera, L.; Mendoza, E. y Obando, P. (2010). Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. Articulo científico, Revista de enfermería Herediana. 2010;3(2):96-103. Recuperado de https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/febrero/oncologico.pdf

Cabrera, P.; Urrutia, B.; Vera, V.; Alvarado, M. y Vera, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. Articulo científico, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2005, Volumen 10, Número 2, pp. 115-124. Recuperado de http://aepcp.net/arc/02.2005(2).Cabreraetal.pdf

Calva, J.; y Castro, M. (2014). Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadìo I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012. Tesis de grado, Universidad Privada Antenor Orrego, Perú. Recuperado de

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1116/1/CALVA_JAHAIRA_DEPRESI%C3%93N_ANSIEDAD_AUTOESTIMA.pdf

Carulla, J., Jara, C., Sanz, J., Martínez, C., Ledesma, F., & Zubillaga, E. (2013). Dolor como factor predictor de depresión en el paciente oncológico: estudio de casos y controles. Estudio D-PRESS. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 113-121. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462013000300003

Del Pino, D. (2012). Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el hospital oncológico de “Solca” Núcleo Quito – Ecuador, Octubre – noviembre de 2011. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5350/T-PUCE-5576.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz, C. y Serrato, K. (2017). Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con VIH/SIDA integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016. Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán. Recuperado de http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/uss/2996/TESIS%20KIMBERLY%20SERRATO%20ROJAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Durantes, B. (2016). Apoyo Social, Depresión y Cáncer. Tesis de grado, Universidad de Cantabria. Recuperado de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8931/Durantes%20Gomez%20B..pdf?sequence=4

Fernández, C.; Padierna, C.; Villoria, E.; Amigo, I.; Fernández, R. y Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. Articulo científico, Psicothema 2011. Vol. 23, nº 3, pp. 374-381. Recuperado de http://www.psicothema.es/pdf/3897.pdf

Galindo, O.; Álvarez, M. y Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. Articulo científico, Psicooncología. Vol. 10, Núm. 1, 2013. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41948/39950

Galindo, O.; Rojas, E.; Meneses, A. Aguilar, J.; Álvarez, A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. Articulo científico, Psicooncología. Vol. 12, Núm. 1, 2015, pp. 51-58. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48903/45629

Gavidia, P. (2007). Niveles de ansiedad en la etapa pre-competitiva y competitiva relacionada con el rendimiento deportivo. Tesis de grado. El Salvador: Universidad Francisco Gavidia, Facultad de Ciencias Sociales; 2007. https://www.researchgate.net/publication/271385609_Ansiedad_pre-competitiva_y_Conductas_de_autocontrol_en_jugadores_de_futbol

González, B. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata. Tesis de grado, Universidad

Veracruzana. Recuperado de https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Bernardino.pdf

Guerrero, J.; Prepo, A. y Loyo, J. (2015). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. Articulo científico, Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(2):297-309. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200017

Innatia (2016).: disponible en: http://www.innatia.com/s/c-combatir-la-depresion/a-definicion-de-depresion.html

Landa, E.; Pérez, I.; Sánchez, S. y Covarrubias, A. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. Artículo científico, Psicología y Salud, Vol. 24, Núm. 1: 55-63, enero-junio de 2014. Recuperado de http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/720/1269

Ornelas, R.; Tufiño, M.; y Sánchez, J. (2011). Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. Articulo científico, Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records, vol. 1, núm. 3, diciembre, 2011, pp. 401-415. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v1n3/v1n3a3.pdf

Maté,J. ; Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Articulo científico, Psicooncología. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 211-230. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254

Moreno, A.; Krikorian, A. y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. Articulo científico,

Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia) / Vol. 33(3) / pp. 517-529 / 2015 / ISSNe2145-4515. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a11.pdf

Quiñones, M. (2014), Análisis de Situación del Cáncer en La Libertad.

Reig, C. (2011). Contribución a la validación del cuestionario pentadimensional para la ansiedad de Rojas. Tesis de maestría. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Medicina; 2011. https://www.europeana.eu/portal/es/record/9200101/BibliographicResource_1000126623761.html

Rodríguez, B.; Ortiz, M.; Palao, A.; Avedillo, C.; Sánchez, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Articulo científico, Eur. J. Psychiat.Vol. 16, N.° 1, (27-38). Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf

Sánchez, P.; Sánchez.; De Lamo, M. y Salvador, A. (2013). Relación entre estrés y depresión en varones con cáncer metastásico. Estudio preliminar. Articulo científico, CM de Psicobioquímica, 2013; 2: 14 -25. Recuperado de http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/02.pdf

Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: Un Modelo De Interacción. Articulo científico, Psicooncología. Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 3-12. Recuperado de http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110003A/16302

Schlatter, N.(2003). La ansiedad: un enemigo sin rostro. España: EUNSA; 2003.

Slideshare (2006). [actualizado 2013, citado 4 de junio del 2016] Disponible en: http://es.slideshare.net/sharonnicole397/dimensin-cognitiva

Tateishi, V. (2011). Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama. Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de file:///C:/Users/Gino/Downloads/TATEISHI_SERRUTO_VICTOR_ESTILOS.pdf

Vattamatam, M. (2012). Formación de la dimensión somática. Disponible en; http://www.claretianformation.com/index.php/es/somatic-dimension/336-formacion-de-la-dimension-somatica

ANEXOS

Anexo 1.
Datos de la Historia clínica del paciente y datos sociodemográficos

DATOS DEL PACIENTE

1. Edad: _____años HC: _____
2. Sexo Masculino ( ) Femenino ( )
3. Lugar de nacimiento: _____
4. Situación laboral: Activo ( ) Parado ( ) Jubilado ( ) Otros_____
5. Profesión: _____
6. Estado civil Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( )
7. Nivel escolar Primaria ( ) Secundaria ( ) Graduado ( ) Doctorado ( )
8. Número de hijos _____
9. Número de hermanos _____
10. ¿Practica alguna religión? Si ( ) ¿Cuál? No ( )

    _____

11. ¿Cuál es el pronóstico de su enfermedad?

    _____

12. Estadio de la enfermedad: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )

    _____

13. ¿Recibe Quimioterapia? Si ( ) No ( )
14. Nº de visitas que recibe al día 0 ( ) 1 o 2 ( ) 3 o 4 ( ) +5 ( )
15. ¿Ha perdido peso últimamente? Si ( ) ¿Cuánto? No ( )
16. ¿Tiene buena relación familiar? Si ( ) No ( )

Anexo 2:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

FAES Cuestionarios y escalas de valoración en salud mental

BAI

Identificación ..... **Fecha** .....

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto
1 = Levemente, no me molesta mucho
2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	○	○	○	○
2. Sensación de calor	○	○	○	○
3. Temblor de piernas	○	○	○	○
4. Incapacidad de relajarse	○	○	○	○
5. Miedo a que suceda lo peor	○	○	○	○
6. Mareo o aturdimiento	○	○	○	○
7. Palpitaciones o taquicardia	○	○	○	○
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	○	○	○	○
9. Terrores	○	○	○	○
10. Nerviosismo	○	○	○	○
11. Sensación de ahogo	○	○	○	○
12. Temblores de manos	○	○	○	○
13. Temblor generalizado o estremecimiento	○	○	○	○
14. Miedo a perder el control	○	○	○	○
15. Dificultad para respirar	○	○	○	○
16. Miedo a morirse	○	○	○	○
17. Sobresaltos	○	○	○	○
18. Molestias digestivas o abdominales	○	○	○	○
19. Palidez	○	○	○	○
20. Rubor facial	○	○	○	○
21. Sudoración (no debida al calor)	○	○	○	○

TOTAL: ☐ *A.F.* ☐ *A.S.* ☐

Anexo 3:
Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6) .

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8) .

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ Ahora lloro más que antes.
- ☐ Lloro continuamente.

- ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13).

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19).

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.
- ☐ Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo 4:

Consentimiento Informado

Título: "Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos hospitalizados en la ciudad de Chiclayo"

Introducción:

Le invitamos a participar del estudio que se realizará en pacientes oncológicos entre 19 y 60 años en el cual se les aplicará dos cuestionarios, uno con respecto a los datos de la historia clínica del paciente y otra para determinar la presencia de depresión y ansiedad.

Propósito del estudio: Tiene como propósito saber la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos entre 19 y 65 años hospitalizados en el HNAA

Duración del estudio: aproximadamente será de 20 minutos como máximo y se realizará de forma individual y en una sola visita.

Procedimiento:

Cuestionarios: Se le entregarán dos cuestionarios,

1. Una ficha la cual contendrá datos recientes con respecto a los datos de la historia clínica del paciente

2. Dos cuestionarios para buscar la presencia de depresión y ansiedad.

Beneficios del estudio: La depresión y la ansiedad son entidades frecuentes en pacientes con

Cáncer. Esto a veces produce pobre respuesta al tratamiento para el cáncer. De reconocer que usted tiene depresión o ansiedad ello permitirá un mejor tratamiento de su enfermedad. En el caso se diagnostique algún caso de Depresión y/o Ansiedad será comunicado al médico tratante para que él se encargue de realizar la interconsulta a quien corresponda. No se brindará tratamiento farmacológico en forma gratuita.

Riesgos e incomodidades predecibles: este estudio no cuenta con ningún riesgo.

Costos: El estudio es gratuito. Asimismo no se realizará pago alguno para que acepten participar en el estudio.

Me han informado de los riesgos, peligros y complicaciones, así como de los beneficios que se puede obtener, he realizado las preguntas que considero oportunas y el médico me ha dado respuestas

aceptables las cuales me satisfacen. Por lo tanto con información oportuna, completa, adecuada y sin perjuicios, yo voluntaria y libremente SI ( ) NO ( ), doy mi consentimiento para que se realice los procedimientos arriba señalados.

Estoy también informado sobre la posibilidad de cambiar mi decisión en cualquier momento durante el estudio.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

_____ _____

Firma del Participante Firma del Investigador

Chiclayo, _____ del _____

Anexo 5:

Nivel de la dimensión somática de la ansiedad pacientes oncológicos hospitalizados, 2018

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	24	57.1
Leve	9	21.4
Moderado	6	14.3
Grave	3	7.1
Total	**42**	**100.0**

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Anexo 6:

Nivel de la dimensión afectiva de la ansiedad pacientes oncológicos hospitalizados, 2018

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	18	42.9
Leve	5	11.9
Moderado	12	28.6
Grave	7	16.7
Total	**42**	**100.0**

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Anexo 7:

Nivel de la dimensión somática de la depresión pacientes oncológicos hospitalizados, 2018

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Altibajos considerados normales	17	40.5
Leve perturbación del estado de animo	18	42.9
Estados de depresión intermitentes	3	7.1
Depresión moderada	1	2.4
Depresión extrema	3	7.1
Total	**42**	**100.0**

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista

Anexo 8:

Nivel de la dimensión afectiva de la depresión pacientes oncológicos hospitalizados, 2018

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Altibajos considerados normales	36	85.7
Leve perturbación del estado de animo	0	0
Estados de depresión intermitentes	3	7.1
Depresión moderada	0	0
Depresión extrema	3	7.1
Total	**42**	**100.0**

Fuente: Encuesta aplicada
Elaboración: Tesista