

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

TÍTULO : DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO-2019

PARA OPTAR : Título Profesional de Psicólogo

**AUTORES : Bach. Cárdenas Pérez Leslie Katherine
Bach. Mendoza Jurado Cristiam Meyeer**

**ASESORES : Metodológico: Mg. Cubas Vergara, Carla Gisela
Temático: Mg. Badillo Maldonado, Luisa Graciela**

LÍNEA DE INV. : Salud mental en contextos Pluri y Multiculturales.

FECHA DE INICIO Y : Julio – Octubre 2019

CULMINACIÓN

HUANCAYO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a mi madre
por ser mi ejemplo, modelo a seguir.

Leslie

Esta investigación está dedicada a mi madre
quien me brinda su apoyo incondicional.

Cristiam

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Peruana Los Andes y a nuestros formadores académicos, personas de gran sabiduría, quienes se han esforzado por ayudarnos a llegar al punto académico en el que nos encontramos. Al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” y a las personas que colaboraron en esta investigación. Sencillo no ha sido, pero gracias a todas las personas que nos apoyaron logramos culminar el desarrollo de nuestra tesis y obtener un afable título profesional.

Leslie y Cristiam.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer es una enfermedad que altera totalmente la vida de quién lo padece debido a los cuidados que requiere sobre los aspectos físicos y psicológicos; además del contexto social, cultural y económico de una persona que sufre esta enfermedad por ello la presente investigación estudió a pacientes con cáncer; motivo de interés por el incremento progresivo de casos a nivel nacional e internacional.

La reciente investigación titulada “Depresión y Resiliencia en Pacientes Oncológicos de un Hospital de Huancayo-2019” tuvo como objetivo principal, determinar la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

Como método general se utilizó el método científico y como método específico el hipotético-deductivo que implica el planteamiento de una hipótesis como resultado de las inferencias de datos empíricos, principios o leyes generales. El tipo de investigación fue básica y se utilizó un diseño correlacional pues se pretendió determinar la relación entre las variables depresión y resiliencia.

La siguiente investigación está estructurada de la siguiente manera: en el Capítulo I se presenta la descripción de la realidad problemática, la delimitación del problema, la formulación del problema, la justificación y objetivos de la investigación.

En el Capítulo II, se aborda el marco teórico, que contiene los antecedentes internacionales y nacionales de la investigación, seguida de las bases teóricas fundamentadas por las teorías científicas y del marco conceptual de las variables y sus dimensiones.

En el Capítulo III, se encuentra la hipótesis general e hipótesis específicas, así como, la definición conceptual y operacional de las variables depresión y resiliencia.

En el Capítulo IV se describe el método, tipo, nivel y diseño de la investigación, se delimita la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y análisis de datos y los aspectos éticos de la investigación.

En el Capítulo V, se detalla el procesamiento de los resultados que incluye la descripción de resultados y contrastación de hipótesis.

Finalmente, se presentan el análisis y discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas que respaldan la investigación.

Los autores

CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Introducción	iv
Contenido	vi
Contenido de tablas.....	viii
Contenido de gráficos	x
Resumen - Abstract	xi
I. CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	13
1.2. Delimitación del Problema.....	18
1.3. Formulación del Problema	18
1.3.1. Problema General.....	18
1.3.2. Problema(s) Específico(s).....	19
1.4. Justificación	19
1.4.1. Social.....	19
1.4.2. Teórico	20
1.4.3. Metodológica.....	20
1.5. Objetivos	21
1.5.1. Objetivo General	21
1.5.2. Objetivo(s) Específico(s)	21
II. CAPITULO II MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes (nacionales e internacionales)	22
2.2. Bases Teóricas o Científicas	29
2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones).....	64

III.	CAPITULO III HIPÓTESIS	67
3.1.	Hipótesis General	67
3.2.	Hipótesis Específicos	67
3.3.	Variables (definición conceptual y operacional)	68
IV.	CAPITULO IV METODOLOGÍA	69
4.1.	Método de Investigación.....	69
4.2.	Tipo de Investigación.....	69
4.3.	Nivel de Investigación	70
4.4.	Diseño de la Investigación	70
4.5.	Población y Muestra	71
4.6.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	72
4.7.	Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	80
4.8.	Aspectos Éticos de la Investigación.....	81
V.	CAPITULO V RESULTADOS	83
5.1.	Descripción de Resultados	83
5.2.	Contrastación de Hipótesis	96
	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	114
	CONCLUSIONES	122
	RECOMENDACIONES	125
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	126
	ANEXOS	131
	Anexo 1. Matriz de consistencia	
	Anexo 2. Matriz de operacionalización de la variable	
	Anexo 3. Instrumento	
	Anexo 4. Documento de Autorización de la Institución	
	Anexo 5. Confiabilidad del Instrumento	
	Anexo 6. Validez del Instrumento por criterio de jueces	
	Anexo 7. Data de procesamiento de datos	
	Anexo 8. Consentimiento informado	
	Anexo 9. Fotos de la aplicación del instrumento	

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1.	
<i>Reacciones del paciente tras el diagnóstico.....</i>	<i>53</i>
Tabla 2.	
<i>Resumen del procesamiento de los casos depresión</i>	<i>73</i>
Tabla 3.	
<i>Resumen del procesamiento de los casos resiliencia.....</i>	<i>74</i>
Tabla 4.	
<i>Prueba de normalidad de la variable depresión.....</i>	<i>80</i>
Tabla 5.	
<i>Prueba de normalidad de la variable resiliencia</i>	<i>81</i>
Tabla 6.	
<i>Rango de la muestra según edad.....</i>	<i>82</i>
Tabla 7.	
<i>Composición de la muestra según género.....</i>	<i>83</i>
Tabla 8.	
<i>Composición de la muestra según grado de instrucción</i>	<i>84</i>
Tabla 9	
<i>Resultados de la variable depresión.</i>	<i>85</i>
Tabla 10.	
<i>Resultado de la dimensión visión negativa de sí mismo</i>	<i>86</i>
Tabla 11.	
<i>Resultados de la dimensión visión negativa del entorno</i>	<i>87</i>
Tabla 12.	
<i>Resultados de la dimensión visión negativa acerca del futuro.....</i>	<i>88</i>
Tabla 13.	

<i>Resultados de la variable resiliencia</i>	89
Tabla 14.	
<i>Resultados de la dimensión ecuanimidad</i>	90
Tabla 15.	
<i>Resultados de la dimensión sentirse bien solo</i>	91
Tabla 16	
<i>Resultados de la dimensión confianza en sí mismo</i>	92
Tabla 17.	
<i>Resultados de la dimensión perseverancia</i>	93
Tabla 18.	
<i>Resultados de la dimensión satisfacción personal</i>	94
Tabla 19.	
<i>Estadígrafo de la prueba R de Pearson de la hipótesis general</i>	95
Tabla 20.	
<i>Estadígrafo de correlación R de Pearson de la hipótesis específico 1</i>	98
Tabla 21.	
<i>Estadígrafo de correlación R de Pearson de la hipótesis específico 2</i>	101
Tabla 22.	
<i>Estadígrafo de correlación R de Pearson de la hipótesis específico 3</i>	104
Tabla 27.	
<i>Estadígrafo de correlación R de Pearson de la hipótesis específico 4</i>	107
Tabla 29.	
<i>Estadígrafo de correlación R de Pearson de la hipótesis específico 5</i>	110

CONTENIDOS DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	
<i>Distribución en barras de la muestra según la edad</i>	82
Gráfico 2.	
<i>Distribución en barras de la muestra según género</i>	83
Gráfico 3.	
<i>Distribución en barras de la muestra según grado de instrucción</i>	84
Gráfico 4.	
<i>Distribución en barras de la variable depresión</i>	85
Gráfico 5.	
<i>Distribución en barras de la dimensión visión negativa de sí mismo</i>	86
Gráfico 6	
<i>Distribución en barras de la dimensión visión negativa del entorno</i>	87
Gráfico 7.	
<i>Distribución en barras de la dimensión visión negativa acerca del futuro</i>	88
Gráfico 8.	
<i>Distribución en barras de la variable resiliencia</i>	89
Gráfico 9	
<i>Distribución en barras de la dimensión ecuanimidad</i>	90
Gráfico 10.	
<i>Distribución en barras de la dimensión sentirse bien solo</i>	91
Gráfico 11.	
<i>Distribución en barras de la dimensión confianza en sí mismo</i>	92
Gráfico 12.	
<i>Distribución en barras de la dimensión perseverancia</i>	93
Gráfico 13.	
<i>Distribución en barras de la dimensión satisfacción personal</i>	94

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se tituló “Depresión y Resiliencia en Pacientes Oncológicos de un hospital de Huancayo- 2019” y planteó como problema general ¿Cuál es la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?, tuvo como objetivo general establecer la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019. Para ello se realizó un estudio de tipo no experimental – transversal. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante un muestreo censal que estuvo conformado por 24 pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión. La técnica fue la encuesta, los instrumentos fueron dos pruebas psicométricas: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II) y Escala de Resiliencia. Wagnild y Young, para este estudio los instrumentos fueron validados por juicio de expertos y se halló la confiabilidad estadística a través de Alfa de Cronbach. Para el análisis de datos se utilizó el Paquete Estadístico de las Ciencias Sociales SPSS, versión 23.0 y la estadística descriptiva. Se estableció que existe una relación inversa entre el entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019, lo que expresa que a mayor resiliencia menor depresión en los pacientes, del mismo modo se recomienda considerar la información obtenida en la Red Científica del hospital, como un estudio realizado para conocer el estado de los pacientes del Servicio de Oncología y sea de aporte para futuros estudios.

Palabras claves: depresión, resiliencia, cáncer.

ABSTRACT

The present research work was entitled “Depression and Resilience in Oncology Patients of a Huancayo-2019 hospital” and raised as a general problem what is the relationship between depression and resilience in cancer patients of the Daniel Alcides Carrión Clinical Teaching Regional Hospital de Huancayo-2019 ?, had as a general objective to establish the relationship between depression and resilience in cancer patients of the Daniel Alcides Carrión de Huancayo Regional Clinical Teaching Regional Hospital - 2019. To do so, a non-experimental-cross-sectional study was carried out. The data collection was carried out by means of a census sampling that was made up of 24 cancer patients from the Daniel Alcides Carrión Regional Clinical Teaching Regional Hospital. The technique was the survey, the instruments were two psychometric tests: Beck Depression Inventory (BDI - II) and Resilience Scale. Wagnild and Young, for this study the instruments were validated by expert judgment and statistical reliability was found through Cronbach's Alpha. For the data analysis the Statistical Package of the Social Sciences SPSS, version 23.0 and the descriptive statistics were used. It was established that there is an inverse relationship between depression and resilience in cancer patients of the Daniel Alcides Carrión de Huancayo Regional Clinical Teaching Regional Hospital - 2019, which expresses that the greater the resilience, the lower the depression in patients, suggesting the implementation of psychological workshops for training of users with the aim of improving their resilient capabilities.

Keywords: depression, resilience, cancer.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad, se ha comprobado como el cáncer se ha extendido hasta llegar a ser un problema de salud de carácter mundial y nacional, que va en aumento a pesar de los constantes avances tecnológicos y medios que se han desarrollado en la sociedad. Así mismo el cáncer es una enfermedad que está trayendo consecuencias para el paciente en el aspecto psicológico como presencia de depresión y poca capacidad resiliente, ya que al paciente con cáncer le cuesta adaptarse a esta enfermedad y esto causa en alguna depresión, no pudiendo ser capaces de afrontar la enfermedad de manera positiva. (Chico, 2017).

Las estadísticas a nivel mundial y en nuestro medio, indicaron que el cáncer está aumentando tanto en hombres como en mujeres, en edades diferentes ocupando los primeros lugares en morbilidad y en mortalidad, según el reporte del registro de Cáncer de Lima Metropolitana se encontraron 29,470 casos nuevos y 13,896 muertes por Cáncer.

El último año se han detectado 22,900 casos nuevos y 14,000 muertos y es más frecuente en varones que en mujeres dentro de los 50-70 años. Del total de casos de cáncer diagnosticados se concluyó que más de la mitad tomaron quimioterapia sistémica como tratamiento, teniendo como objetivo principal evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. (Mendoza, 2003).

Según la (Organización Mundial De La Salud, 2017), el cáncer es considerado como una de las causas principales de mortalidad a nivel mundial. En el año 2012, 14 millones de casos fueron diagnosticados, por lo que se considera que en los siguientes 20 años el número de casos podría aumentar en un 70%. Durante el año 2015, 8.8 millones de personas fallecieron por esta causa, el 70% de las defunciones se dio en países con ingresos medios y bajos.

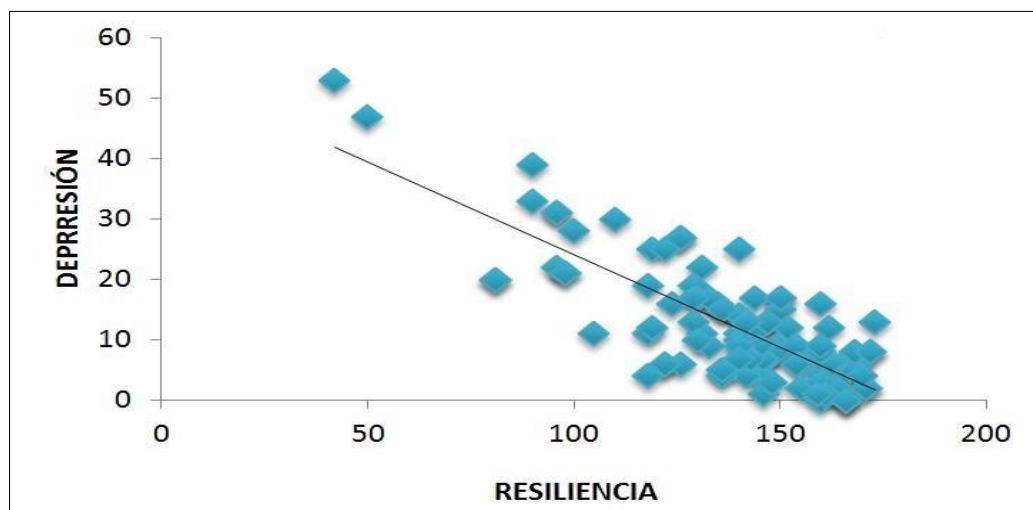
Beck, (1979) uno de los autores más influyentes en el estudio de la depresión, usa la triada cognitiva para dar a entender cómo se daba el fenómeno de la depresión. Según este autor existen tres patrones cognitivos en una persona depresiva: la visión negativa de sí mismo, en el cual la persona se considera como inútil, indeseable, sin valor e incluso culpable. La visión negativa del mundo, por el cual percibe las demandas como excesivas, e insuperables, haciendo que considere el mundo sin interés, gratificación o falta de alegrías y por último la visión negativa del futuro, en la cual predice que nada podrá cambiarse y que el futuro le será adverso.

Wagnild y Young (1993) refieren que la resiliencia es un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados, estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal (Shaikh, 2010; Shaikh, 2010). esto nos da a entender que la persona tiene la capacidad para creer en sí mismo, mantenerse en pie de lucha con dosis de perseverancia, no rendirse, continuar con sus proyectos de vida, valorarse, siendo independientes reconociendo sus fortalezas y debilidades; venciendo sus miedos y persistir en la lucha por su vida a pesar de lo difícil que resulta enfrentar esta enfermedad.

En este contexto, una investigación realizada por Bracamonte y Díaz (2015) cuyo objetivo fue determinar la relación entre la depresión y la resiliencia en 102 pacientes Chiclayanas que llevaban tratamiento ambulatorio para cáncer de cuello uterino, aplicaron el inventario de depresión de Beck y la escala de resiliencia de Wagnild y Young, concluyeron que cuanto menor era la depresión en estas personas su capacidad resiliente aumentaba significativamente, lo que colaboraba con la adaptación adecuada ante los diversos cambios y amenazas percibidas

FIGURA 1

Diagrama de dispersión de la variable depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo.



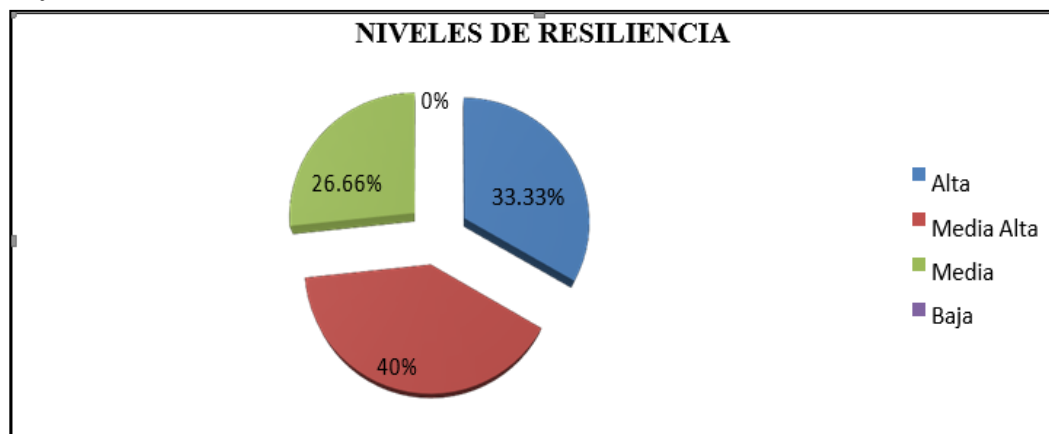
Fuente: Bracamonte y Díaz (2015).

Como se evidencia en la Figura 1 existe una relación negativa entre depresión y resiliencia, lo cual significa, que, a menor depresión, la capacidad resiliente de las pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a los cambios bruscos y aprender a sobrellevarlos, ésta información permite abrir caminos para realizar investigaciones sobre los constructos depresión y resiliencia en pacientes oncológicos en nuestra localidad. (Bracamonte & Díaz, 2015).

Por otra parte, una investigación realizada por Aguilar (2016) describió el grado de resiliencia inmerso en 30 mujeres ecuatorianas con cáncer de mama en función al tratamiento médico que recibían. Empleó la escala de resiliencia de Wagnild y Young y una encuesta semiestructurada que le permitió determinar los factores protectores y características personales, que favorecían a la resiliencia en sus distintos niveles. Los resultados demostraron que un alto porcentaje del grupo presentaba un nivel de resiliencia media alta, prevaleciendo los factores protectores de perseverancia, satisfacción personal y autoconfianza. (Aguilar, 2016).

FIGURA 2

Gráfico de resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama, de la sociedad de lucha contra el cáncer de la ciudad de Loja.



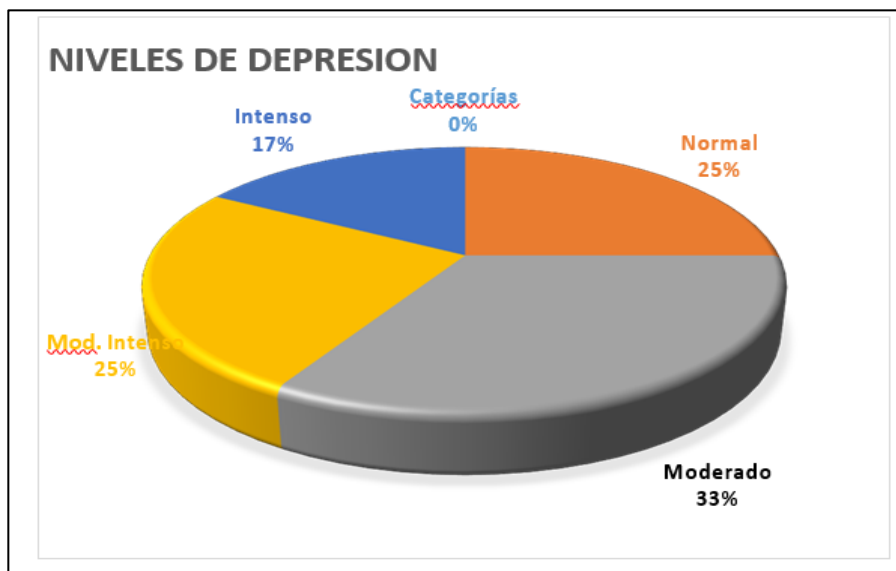
Fuente: Aguilar (2016).

Finalmente, otro estudio titulado “Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima – 2018” la investigadora realizó entrevistas a la jefatura de enfermería encargada del área de oncología, quienes mencionan que mensualmente se atendían aproximadamente 406 pacientes oncológicos, siendo la mayoría de ellos de provincias lejanas a la capital, y que presentan depresión y dificultades de

resiliencia. Se encontraron resultados que indican que los pacientes con cáncer presentan un nivel de depresión moderado en un 33%, un nivel intenso de depresión con un 25% y un nivel intenso un 17% de la muestra total de los pacientes oncológicos. (Ortiz, 2018).

FIGURA 3

Gráfico niveles de depresión en pacientes oncológicos que asisten al hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen de Lima.



Fuente: Ortiz (2018).

Por todos estos motivos se hace necesario que el paciente con cáncer incluya el constructo de depresión y resiliencia como una herramienta o instrumento de apoyo psicológico. Esta información presentada motivó la realización del presente estudio al no existir investigaciones previas sobre las variables: depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de nuestra localidad; por lo que se buscó brindar datos sobre la relación entre estas variables en el Servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo.

1.2. Delimitación del Problema

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión ubicada en la ciudad de Huancayo, con la participación de 24 pacientes del servicio de oncología.

La investigación tuvo un periodo de duración de 4 meses desde el mes de julio hasta octubre del año 2019. Se investigó la variable depresión, que tiene como fundamento la teoría de Beck (1979). El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. a este esquema se le conoce como la triada cognitiva. Estas manifestaciones se midieron a través de las dimensiones ya mencionadas.

La variable resiliencia basada en la teoría de Wagnild y Young (1993) define la resiliencia como: Un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados: estos componentes incluyeron la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal,

Por lo tanto, la investigación se centró en indagar si existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?
- ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?
- ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?
- ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?
- ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019?

1.3. Justificación

1.3.1. Social

La investigación beneficiara a los pacientes oncológicos y a la región atribuyéndoles nuevos conocimientos sobre la depresión y resiliencia para abordar su enfermedad, así mismo al hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, ya que se les brindará un resultado después de finalizar la investigación, y así puedan tomar decisiones que permitan tener en cuenta las

necesidades del paciente para lograr mejores resultados en su recuperación y una mejor adaptación a la enfermedad que padecen.

1.3.2. Teórica

La investigación fue trascendental científicamente, en la medida que se vale de la ciencia para describir la relación entre dos variables psicológicas depresión y resiliencia, cuyos resultados permitirán confirmar o refutar los constructos teóricos de ambas variables.

Así mismo esta investigación sirve de antecedente para otros estudios que se realicen sobre las variables ya que serán estudiadas desde la teoría de Aaron Beck y Wagnild y Young para depresión y resiliencia respectivamente. Así, Aarón Beck en 1979 define la depresión como: El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro a este esquema se le conoce como la triada cognitiva.

Mientras que Wagnild y Young en 1993 define la resiliencia como: Un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal.

1.3.3. Metodológica

El aporte metodológico en la investigación se manifiesta en el hecho que a los dos instrumentos se les otorgó validez y confiabilidad. La confiabilidad se halló a través de una prueba piloto aplicada a los pacientes oncológicos de Huancayo. Además, se otorgó validez con criterio de jueces. Con ello se contribuye con las propiedades indispensables para que estos instrumentos puedan ser utilizados por profesionales de la salud mental e investigadores en el tema.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Establecer la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.
- Determinar la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.
- Determinar la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.
- Determinar la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.
- Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Chico (2017) en su investigación “Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama.” – Ecuador. Se planteó como objetivo estudiar la resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama, de las que se tomó una muestra de 40 pacientes, a quienes se la evaluó mediante dos reactivos psicológicos. La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young que determina el nivel de Resiliencia y el cuestionario de salud EuroQoL-5D el cual evaluó los niveles de calidad de vida de las pacientes mujeres con cáncer de mama. Los resultados obtenidos muestran que, si existe relación directa en las variables investigadas, además existe un predominio mayor en la Resiliencia media con un 38 % seguida de la Resiliencia media alta con el 30%, resiliencia baja con el 22 % y resiliencia alta con el 10%. Donde el nivel de resiliencia media es la más frecuente entre las pacientes evaluadas. En relación a la calidad de vida el nivel de mayor prevalencia con un porcentaje del 55% fue en problemas moderados en todas sus dimensiones.

Monteagudo (2016) en su investigación “De la resiliencia en pacientes oncológicos en Castelló” – España. El objetivo de nuestro estudio ha sido comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres que han sufrido

cáncer de laringe o mama en resiliencia y variables relacionadas con el estrés. Para ello evaluaron a una muestra de 20 pacientes oncológicos, de ellos 8 (40 %) con laringotomía total y 12 (60 %) con cáncer de mamas con una media de edad de 50,2 años (d. t. = 3,2), los cuales fueron captados en la Asociación contra el cáncer de Castellón. Resultados: El análisis de Mann-Whitney U muestra que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable percepción del estrés ($Z = -2,25$; $p \leq 0,02$), siendo las puntuaciones medias de hombres menores (27) que el de las mujeres (29). También se encontraron diferencias en la variable resiliencia ($Z = -1,9$; $p \leq 0,02$), siendo las puntuaciones de los hombres (media= 74,5, análisis de correlación muestran que la resiliencia correlaciona con la dimensión de personalidad resistente de control ($r = -0,58$; $p = 0,007$). No se encontraron diferencias con las otras variables. Concluyendo que sí existen diferencias entre los dos sexos en resiliencia y en la percepción del estrés, siendo la resiliencia mayor en hombres que en mujeres y menor en la percepción del estrés.

Valdez (2014) su investigación “Resiliencia en madres e hijos con cáncer” – México. Esta investigación tiene por objetivo identificar las características de resiliencia entre madres y sus respectivos hijos estos últimos que tienen diagnóstico de cáncer, así como conocer el grado de relación entre ambos. La muestra fue de 60 individuos, de los cuales 30 son niños diagnosticados con cáncer, de ambos sexos, entre 8 y 17 años de edad, y los restantes 30 participantes corresponden a sus respectivas madres, con una edad entre 28 y 60 años. Se aplicaron dos medidas de resiliencia (1) cuestionario de resiliencia para niños y (2) escala de Resiliencia (Fuerza y seguridad personal) para adultos. Los resultados indican alta resiliencia en los niños en las tres

dimensiones (factores protectores internos, externos y empatía). La resiliencia materna muestra ser alta en la dimensión altruismo, seguida de un nivel de resiliencia moderada en las dimensiones de: autoestima, familia, seguridad y afiliación. Se encontró una asociación entre la resiliencia del niño (empatía) y de su madre (seguridad). Se concluye que la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia infantil, y el rol especialmente de la madre es necesario cuando se trata de niño con cáncer. Se sugiere que los pacientes, familiares y profesionales se integren a fin de incentivar el óptimo desarrollo de niño e ir más allá de sólo el tratamiento médico.

García (2014) en su investigación denominada “Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero” en la Zona Sur de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Argentina. El objetivo de su investigación fue analizar si existe relación entre Inteligencia Emocional y Resiliencia en un grupo de mujeres con cáncer de útero en su etapa inicial. Se trata de un estudio empírico, descriptivo-correlacional. La población es de 60 mujeres que reciben tratamiento de cáncer de útero a nivel ambulatorio y hospitalario, el rango de edades es entre los 25 y 70 años. Los instrumentos utilizados son Cuestionarios de datos sociodemográficos construido Ad. Hoc, Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1992, versión argentina y la Escala RMMS24, que está basada en Trait Meta.Mood Scale, (TMMS). El resultado de ambas muestras comprobó que existe una relación positiva y significativa entre Inteligencia Emocional y Resiliencia, evidenciando que las mujeres que tienen mayor edad son más resilientes, y poseen mayor capacidad para entender los diferentes estados emocionales.

Álamo y caldera (2012). En su investigación resiliencia en personas con diagnóstico de cáncer del Hospital Privado el Rosario de Cabimas, Cabimas-Venezuela. El objetivo de la investigación fue determinar las conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer del Hospital Privado el Rosario de Cabimas. La investigación se evidencia en el paradigma positivista y corresponde a una investigación descriptiva y de campo. La población estuvo constituida por 100 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer. Para recabar los datos se aplicó un instrumento de 40 ítems. Al instrumento se le calculó la validez de contenido, a través del juicio de experto, la confiabilidad por medio del método Alfa de Cronbach arrojó como resultado 0.92. El procesamiento de los resultados se efectuó a través de una estadística descriptiva. Se concluyó que la mayoría de la población objeto de estudio no han logrado enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias. Sobre la base de los resultados se establecieron las conclusiones y recomendaciones para el desarrollo de la resiliencia en pacientes con cáncer, como herramienta para el manejo de la enfermedad y como parte de su vida cotidiana.

2.1.2. Nacionales

Villalobos (2018) en su tesis “Resiliencia y ajustes mentales en mujeres con cáncer de mamas y quimioterapia” Lima-Perú, su objetivo general de la presente investigación fue establecer la relación entre resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en una muestra conformada por 135 mujeres con edades entre 30 a 70 años, diagnosticadas con cáncer de mama y que reciben quimioterapia ambulatoria. El diseño empleado fue no experimental transversal correlacional-causal, con un muestreo no probabilístico de tipo por

oportunidad. Se utilizó los instrumentos de Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptado por Del Águila (2003) y la Escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson et al. (1988), adaptado por Trigoso (2009). Los resultados mostraron que las pacientes se caracterizaron por tener niveles altos de resiliencia y tendencias de respuesta semejantes a los cuatro estilos de ajuste mental. Además, ambos constructos obtuvieron una correlación estadísticamente significativa: Resiliencia Total y Espíritu de lucha ($r = .310$; $p \leq .01$), Desamparo/ Desesperanza ($r = -.235$; $p \leq .05$), Preocupación Ansiosa ($r = -.222$; $p \leq .01$) y Fatalismo/Aceptación estoica ($r = .202$; $p \leq .05$). Cabe destacar que el apoyo socio familiar es indispensable durante el proceso de adaptación a la enfermedad.

Osorio (2017) en su investigación “Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica Oncosalud del distrito de San Borja” – Perú. Se planteó como objetivo determinar el nivel de Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja. Se utilizó el instrumento de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), adaptado en el Perú por Novella (2002). La investigación es de tipo descriptivo, con diseño transversal de tipo no experimental. La muestra estuvo conformada por 74 pacientes, 24 hombres y 50 mujeres, entre el rango de edades de 20 y 78 años. La información fue procesada mediante los programas Excel y el paquete estadístico SPSS V25. Los resultados estadísticos demuestran que el nivel de resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del Distrito de San Borja, es alta con el 77,3%.

Bracamonte y Díaz (2015) En su investigación Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo- Perú, se plantearon como objetivo: determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, para ello se aplicaron dos instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El estudio fue un diseño no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al Servicio de Oncología de un hospital para recibir tratamiento. Se obtuvo como resultados que existe correlación negativa entre ambas variables, lo cual significa, que, a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas.

Baca (2012) en su tesis de “Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo” – Perú, Se planteó como Objetivo General: Identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. El Tipo de diseño y estudio que se utilizo es una investigación que se enmarca dentro de la estrategia de estudio de corte no-experimental. La población de estudio comprendió a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos, que acudieron al hospital ESSalud Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo durante período noviembre - diciembre del 2012. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de datos, una escala y un cuestionario, estos dos últimos poseían preguntas y alternativas bien establecidas, que brindarán la data específica con relación a las variables

a estudiar. El diseño es estadístico descriptivo. El nivel de resiliencia y de apoyo social percibido, durante la condición de enfermedad de cáncer, no poseen diferencias tanto en varones como mujeres. Se obtuvo como resultado que el nivel de resiliencia y de apoyo social percibido no difiere según los diferentes grupos etéreos: adulto joven, adulto y adulto mayor. Hay diferencias a nivel de la resiliencia a favor de un nivel de formación superior; pero, no se obtuvo diferencias a nivel del apoyo social percibido; en ambas, según nivel de instrucción.

Ascencio (2013) en su tesis “Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo” – Perú, Se planteó el Objetivo General: Determinar si existe asociación entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013. El tipo de investigación es correlacional por asociación. La muestra estuvo conformada de 70 pacientes entre 25 y 60 años de edad, a quienes se les aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE; de los cuales se estableció la confiabilidad, validez y baremación. Se obtuvo como resultado que si existe asociación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo-2013.

2.2. Bases Teóricas o Científicas

2.2.1. Depresión

En esta sección se plasma el sustento de algunas bases teóricas sobre la depresión, considerando que depresión es nuestra variable de estudio.

Depresión se define como “un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Organización Mundial De La Salud (2017)

Por otro lado “la depresión consiste en una profunda tristeza o desesperación cuya duración se extiende más allá de unos pocos días”. American Psychological Association, (2017)

Hernández (2018) describe que la depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

Fernández (como citó en Khl y Gallero, 2010) la define como un proceso normal ante circunstancias no deseadas, que sumerge a la persona en una crisis vital que podrá concluir con su superación y mayor crecimiento personal o por el contrario puede debilitarlo y predisponerlo a todo tipo de trastornos. Por ende, se entiende que en toda esta teoría encontrada donde se sustenta nuestra investigación se coincide en el concepto de la depresión y en síntomas presentados, donde cada una a su manera lo describe brindando una diversidad de signos de dicho tema que quien lo padece es el ser humano manifestando: tristeza, aburrimiento, pérdida de confianza de sí mismo, carencia en relaciones personales, trastorno de apetito y de sueño, etc. Que esto podría

durar días y hasta meses, donde todo ello surge a causa de una circunstancia no deseada.

Síntomas de la depresión

- a) La tristeza donde existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cosas.
 - b) Lentitud de movimientos, gestos faciales y corporal, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito.
 - c) Insomnio o problemas en conciliar sueño.
 - d) Gran dificultad para pensar y lentitud en el habla.
 - e) Un síntoma particularmente grave es la pérdida de placer en las actividades que antes nos agradaba y se disfrutaba.
 - f) El dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado del cuerpo, etc.
 - g) Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa.
- (Clínic, 2019).

Etiología de la depresión

Un evento negativo como la pérdida de un ser querido, de un trabajo, ruptura amorosa, padecer una enfermedad grave, o estar bajo largos periodos de estrés, pueden ser causas significativas de una depresivo, aunque a veces puede ser espontánea y la persona no puede asociarla a un evento o causa específica.

Existe también factores genéticos, que influye para este trastorno como el cambio hormonal, ciertas enfermedades médicas, etc. La combinación de

cualquiera de estos factores ya mencionados puede producir cambios en nuestro cerebro y dificultades para adaptarnos a los eventos internos o externos, que contribuyen a que aparezcan síntomas depresivos.

Unas diversidades de estudios muestran que hay un componente genético en la depresión, que aún no se ha podido identificar un gen. Algunos estudios (incluidos trabajos con población general y estudios de gemelos) muestran que la probabilidad de desarrollar una depresión se incrementa para las personas cuyos padres o hermanos han tenido este trastorno. En otras palabras: las personas que tienen un familiar que haya tenido depresión son más propensas a desarrollar el trastorno, aunque también son necesarios otros factores.

La depresión es la interacción entre factores biológicos, ambientales y psicológicos que esto mismo explica también otros trastornos psiquiátricos. Así Estos factores pueden interaccionar a distintos niveles, y a nivel de resiliencia, como causas principales para mantener o acabar un episodio depresivo. (depression & European Alliance Against Depression, 2019)

Factor biológico

Dado que la prevalencia en este caso específico la depresión, son padecidas muchas veces por más de un miembro de la misma familia, algunos teóricos apoyan la premisa genética como uno de los factores que predisponen a una persona a desarrollar este trastorno. Tal como manifiesta Serra (2010) “diversos estudios con gemelos, adoptados y familiares han podido demostrar una importancia significativa de los factores genéticos en el desarrollo de los trastornos afectivos mayores”.

Siguiendo esta línea Gershon citado por Serra (2010) encontró que en 65% de los casos en gemelos monocigóticos, cuando uno presentaba un trastorno, el otro también lo hacía, mientras que en gemelos dicigóticos esta prevalencia se reducía a un 14%, con lo cual se demostraría la importancia de este factor. También habría que mencionar la investigación danesa citada por Serra (2010) (33), en la cual se menciona la existencia de “una relación 54% para los gemelos monocigóticos y del 24% para los gemelos dicigóticos con personas que cumplían criterios de depresión mayor”.

Otro aporte a tomar en cuenta es el realizado por Marcheco (2015) quien menciona sobre los estudios realizados en gemelos e individuos adoptados, encontrándose en el primer caso (gemelos) una heredabilidad del 40%-50%, mientras que en familias existe un riesgo de 2 a 3 veces mayor (comparado con familias que no presentan antecedentes) de padecer depresión en algún momento de la vida si cualquiera de los miembros en el primer grado de línea de sangre ya haya padecido de depresión anteriormente.

En este sentido, el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014) refiere que “ya es posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión, esto dado por polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, produciéndose así, una disminución en la producción de este neurotransmisor”. (Salvatierra, 2017). En otras palabras, se comprende de todas las citas anteriores realizadas en nuestra investigación por diversos estudios, que existe explicación coherente que ya prueban que dentro de una familia algún miembro se es posible que desarrolle una

depresión como tal, así se realizó en investigaciones con cigotos similares donde la probabilidad es mayor a diferencia de otros cigotos.

Factor psicosocial

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social. Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso de la enfermedad, así mismo las personas con trastornos del humor, independientemente al resto de otras enfermedades, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes, así como enfermedades incurables o tratamientos con cambios bruscos en su aspecto, divorcios, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, etc., constituyen causas sociales para la aparición del trastorno, ya que el hombre vive y actúa movido por el interés de satisfacer sus necesidades. Finlay (2019)

De este modo “una persona que no se encuentra adecuadamente estructurada en sí misma, queda más expuesta y más vulnerable a la influencia del medio, pueda caer en depresión por fuerza de todas estas circunstancias” Claro (2003).

Así, en un estudio hecho en Perú y efectuado por Rondón citado por Díaz (2012) se encontró que en una población que enfrentó la violencia política, se estimó que casi el 50% de sus habitantes se encontraba por padecer trastornos como la depresión y el estrés postraumático.

Por su parte Harpham, Grant y Rodríguez citados por Díaz (2012) encontraron que la “pobreza, vista como la falta de empleo y bajo nivel educativo, eran factores de riesgo que predisponían a la presentación de trastornos mentales en una población de escasos recursos económicos de la ciudad de Cali”, remarcando que el hecho de ser mujer fue el más fuertemente asociado a esta predisposición.

De lo encontrado en esta investigación se puede inferir que no se trata de un hecho aislado solo a esta ciudad colombiana, sino que se trata de una realidad en gran parte de Latinoamérica, no solo en los indicadores de empleabilidad y educativos, sino también en el hecho de ser mujer en sociedades aun machistas, donde les son impuestas el rol de ama de casa imposibilitándolas de generar ingresos económicos, lo cual podría generar un sentimiento de inutilidad mermando su autoestima y predisponiéndolas a padecer de depresión.

En palabras de Pereira et al. (2010) “el factor socioeconómico puede implicar ciertos grados de tristeza, altos niveles de estrés e incertidumbre, solo por citar algunas consecuencias de la carencia económica, las cuales pueden llevar al desarrollo de síntomas depresivos”.

Durkheim citado por Lastra (1996) refiere que “las personas que se encuentran escasamente involucradas con su entorno social, son más propensas al suicidio” ya que es a través de la interacción y las relaciones interpersonales que los seres humanos se involucran y generan un sentimiento de unidad, cohesión, apoyo, que se ve reflejado en el progreso propio y comunitario, es por ello que, al aislarse o sentirse aislado por los demás, la

persona pierde oportunidades valiosas de generar estrategias de afrontamiento a partir del soporte que podría obtener de sus pares, con lo cual su depresión se agravaría. (Salvatierra, 2017). En otras palabras, se deduce de todo lo mencionado que al ver que el ser humano por naturaleza es sociable esto se predispone para poder dar lucha con todo que se presenta en una sociedad y si no tenemos muy bien estructurado nuestra forma de afrontar dichos problemas ya mencionados esto hará mucho más fácil ser vencidos por todo lo que nos rodea. Este factor al igual que otros es importante porque sería una de las causas para desencadenar en una depresión ya que usualmente se padece de estrés, angustia por buscar dar solución a los problemas que día a día les aqueja, todo ello no solo se presencia en un solo lugar o un solo país es en todo el mundo.

Inmunología y depresión

Existe evidencia que el sistema inmune puede modular tanto los neurotransmisores a nivel central como la respuesta endocrina, interrelación que explicaría los síntomas de la depresión. Se analizaron una serie de investigaciones que relacionaban la depresión y función inmune predominando diversos hallazgos. Por otro lado, existe una hiperfunción del eje hipotálamo, hipófisis suprarrenal con alteración de la retroalimentación negativa. A pesar de estos avances, existe controversia acerca de la relación causal entre el estado pro inflamatorio y las alteraciones conductuales de la depresión, necesiándose esclarecer si los cambios inmunológicos son directamente responsables de la alteración de los neurotransmisores a nivel central. (Carmen Navas, 2009). Aun no hay respuesta concreta de que la parte

inmunológica también puede ser origen para una depresión de acuerdo a la cita realizada líneas atrás.

Clasificación de la depresión

Según Beck (como se citó en Beck et. al, 2005) clasifica a la depresión en los siguientes niveles:

- Ausencia de depresión: Se refiere a la ausencia de síntomas o ligera sintomatología que afecta al paciente pero que no impide la función de sus labores cotidianas.
- Depresión leve: De baja intensidad que incluyen síntomas que no incapacitan, sin embargo, impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona, generando una dificultad en la toma de decisiones, manteniendo una preocupación por los problemas, tanto económico como personal, mostrándose pesimista, pero es capaz de cambiar esa opinión negativa cuando le hace razonar y le hace ver lo contrario.
- Depresión moderada: Demostración de una indiferencia por los demás, pudiendo llegar a serios auto reproches y auto acusaciones, las mujeres descuidan significativamente su apariencia personal, manteniendo una sensación de culpa y expectativa de castigo, teniendo una pérdida de apetito, el deseo sexual disminuye notablemente, generalmente se siente cansado y evita la actividad, puede permanecer cansado durante largos ratos y en silencio.
- Depresión grave: En una persona con depresión grave, los síntomas son más intensos, aquí el paciente puede llegar a un mutismo absoluto, pueden presentar delirios alrededor de su pensamiento pesimista, acerca

del presente, pasado y futuro y a los eventos que se den en la familia, con autoacusaciones, dudando de sí misma con un auto desagrado, expectativas de castigo e ideas suicidas, manteniendo un llanto, mostrando en ocasiones irritabilidad o indiferencia, fatigabilidad, teniendo una pérdida de peso notable.

Según la organización mundial de la salud

La OMS clasifica la gravedad de la depresión en leve, moderado y grave, siendo estos como se muestran a continuación: (López, 2016)

- Episodio depresivo Leve: Presenta los síntomas característicos como ánimo depresivo, pérdida de capacidad de disfrute, desánimo, fatigas; sin embargo, aunque suele presentar dificultades en las diversas esferas de su vida como lo son el familiar, laboral, académico y social, no es probable que las dejen truncadas y en caso de interferencias, estas no son lo suficientemente “nefastas”, este episodio debe durar al menos dos semanas y ninguno de los síntomas está presente en un grado intenso. (Pydesalud., 2019)
- Episodio depresivo moderado: Este aumento no solo es a nivel de síntomas sino también la intensidad de los mismos, “es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes”. La sintomatología debe durar al menos dos semanas, y las diversas esferas de la persona se ven afectadas con mayor gravedad. (Emin3m., 2019)
- Episodio depresivo grave sin síntomas Psicóticos: Durante este episodio, la persona además de presentar las sintomatologías anteriores, se encuentra

marcadamente angustiada. A nivel cognitivo presenta pensamientos de auto culpa, a nivel afectivo, pérdida de la estimación de sí mismo y los sentimientos de inutilidad. “El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves y se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre”. (Cepvi., 2019)

- Episodio depresivo grave con síntomas Psicóticos: Sumado a la sintomatología anteriormente descrita, la persona además presenta “ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo”, en caso de las ideas delirantes, suelen estar cargadas de ruinas, culpabilidad, catástrofes, inutilidad, etc. Asimismo, según lo encontrado en la fuente citada líneas arriba “las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias, de olores a podrido o carne en descomposición”. (Cepvi., 2019)

Modelos teóricos de depresión

A continuación, se presentan los modelos y enfoques teóricos más resaltantes entorno a ella.

a) Modelo cognitivo

La depresión es abordada desde la perspectiva cognitiva del psicólogo Aaron Beck, uno de los autores más influyentes en este tema es quien usando su triada cognitiva pretendía dar a entender cómo se daba este fenómeno. Según este autor existían tres patrones cognitivos en una persona depresiva: la visión negativa de sí mismo, en el cual la persona se considera como inútil, indeseable, sin valor e incluso culpable.

La visión negativa del mundo, por el cual percibe las demandas como excesivas, e insuperables, haciendo que considere el mundo sin interés, gratificación o falta de alegrías y por último la visión negativa del futuro, en la cual predice que nada podrá cambiarse y que el futuro le será adverso. (Calcina, 2013). Señalando los siguientes componentes psicológicos:

Beck, (como se citó en Chinchilla, 2008) para esclarecer más acerca de las causas de la depresión acude a tres niveles de análisis funcional: la triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores o distorsiones cognitivas, tres conceptos específicos que tratan de explicar el sustrato psicológico de la depresión.

- **La triada cognitiva.**

La depresión se relaciona con la existencia de tres patrones cognitivos principales que configuran una triada depresiva, dentro de ellas incluye:

- **Una visión negativa del paciente acerca de sí mismo.**
Menosprecia sus habilidades y a su persona, por lo regular atribuye aquellas experiencias desagradables a un defecto suyo, puede ser de corte psicológico, moral y físico. De la misma manera, tiende a subestimarse y a pensar que carece de los elementos necesarios para ser una persona alegre, feliz y competente (Hernández, 2010). Una tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa.
- **Una visión negativa del entorno:** Hace referencia a la forma negativa que tiene para interpretar todas aquellas vivencias

que ha tenido, considerando que todo lo que el mundo le demande parece exagerado y con la presencia de obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos.

Así pues, todo lo que ha realizado, suele considerarse por él mismo como una derrota o aquello que le acarrea frustración (Hernández, 2010). Atribuyendo a sus malas experiencias un fallo propio, sintiéndose culpable de las cosas que puede sucederle

- **Una visión negativa acerca del futuro.** Se puede considerar la prevalencia de realizar proyectos en los que se forman expectativas muy altas y en las cuales se anticipan las dificultades, frustraciones, privaciones, el sufrimiento y fracaso que pudiera tenerse al momento de emprender dichos proyectos. (Calcina, 2013) el futuro se les hace inalcanzables.

- **Distorsiones cognitivas según Beck**

Según Beck, las distorsiones cognitivas ocurren en el procesamiento de la información donde el sujeto cree en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de conocer la evidencia contraria.

En 1979, Beck forma el modelo cognitivo, tomando como base la manera en cómo el ser humano integra los distintos estímulos e interpretar las experiencias, determinadas por una serie de estructuras permanentes y procesos cognitivos que cada individuo ha ido desarrollando y a su vez reforzado por las

interpretaciones que se realiza de las experiencias propias de cada día.

a) Modelo de autocontrol

Rhem (1981) refiere que la persona depresiva presenta déficits de autocontrol asociados a los elementos básicos de auto observación, autoevaluación y auto refuerzo. De este modo, el autor explica que la persona deprimida presta mayor atención a los sucesos negativos.

Este modelo propuesto por Rhem acepta la importancia del pensamiento como un factor que contribuye a la depresión, y observa como el movimiento socio ambiental refuerza el mantenimiento de la conducta. Por lo tanto, la depresión estaría en función del grado de estrés y de la habilidad de autocontrol que el sujeto tenga para combatirlo.

b) Modelo psicosocial

Bennett (como se citó en Martínez, 2008) manifiesta que se ha demostrado que un cierto grado de estrés social puede incrementar el riesgo de sufrir depresión.

Dentro de esta teoría se ha propuesto que la depresión se ve influenciada por el esquema social en donde la persona vive. Por su parte Comer (como se citó en Martínez, 2008) refiere que existen lazos entre la depresión y ciertos factores como la cultura, raza y el apoyo social. De acuerdo a esta teoría, sugiere que el incremento de riesgo de padecer depresión por lo general es causado por el

aumento de la sensibilidad de la persona frente a eventos o situaciones estresantes de la vida.

c) Modelo de indefensión aprendida.

Propuesto por Seligman (como se citó en Petri y Goven, 2006) quien señala que las personas depresivas, poseen una expectativa negativa del éxito ante futuras situaciones, debido a un historial de fracaso en el abordaje de situaciones de tensión.

Este modelo refiere que la persona deprimida espera que ocurran cosas desagradables, sobre las que su conducta tiene poca o nula influencia, atribuyendo los acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales.

d) Modelo conductual.

Este modelo considera a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, puede ser en términos de bajo reforzamiento positivo o de tasas bajas de reforzamiento positivo ocasional a las respuestas. Hops, Sherman y Biglan (como se citó en Vargas, 2009) señalan, que los modelos conductuales ven a la depresión como un fenómeno operante, y como tal, la conducta depresiva es afectada directamente y mantenida por reforzamiento positivo o negativo. Teniendo como referencia estas definiciones se puede deducir que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta tanto las áreas cognitivas, afectivas y físicas, en la cual el sujeto siente que se va ahogando en sus preocupaciones sin posibilidad de salir adelante.

Resiliencia

En esta sección se presenta el sustento de algunas bases teóricas sobre resiliencia, teniendo en cuenta que resiliencia es nuestra variable de estudio.

Para Grotberg 1995 define la resiliencia como: Es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, poderlas superarlas e incluso ser transformadas por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y deber ser promovida desde la infancia. (Panez, 2000)

Según Kotliarenco, Cáceres y Álvarez 1996 señala que la resiliencia es una capacidad que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad, la resiliencia puede transformar o fortalecer la vida de las personas.

Por su parte Henderson (2006) la entiende como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive ser transformados por estas.

De acuerdo a Vanistendael (2010) considera que resiliencia es “la capacidad que tiene el individuo o un grupo para superar grandes dificultades y crecer se trata de una capacidad de reconstruir la vida, a veces, incluso transformar una desgracia en algo positivo”.

Modelos teóricos de la resiliencia

A continuación, se presentan los modelos teóricos más resaltantes.

a) Modelo bifactorial de la resiliencia de Wagnild y Young

Wagnild y Young (1993) mencionan que la resiliencia es un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes

interrelacionados, estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal.

Wagnild y Young (1993) (como se citó en Salgado, 2005) plantean evaluar cinco factores de la resiliencia los cuales comprenden:

- **Ecuanimidad:** Implica un balance de la propia vida y de las experiencias, así como, tomar las cosas serenamente y moderando respuestas extremas ante la adversidad.
- **Sentirse bien solo:** Referida a la comprensión de que el camino de vida de cada persona es único, que existen experiencias que deben enfrentarse solos. Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- **Confianza en sí mismo:** Es el significado que se tiene de uno mismo y de sus propias capacidades, así mismo es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y buscar sus propias fuerzas y limitaciones.
- **Perseverancia:** Es la persistencia ante la adversidad o el desánimo, tener un fuerte deseo de logro, de continuar luchando para construir la vida de uno mismo y de practicar la autodisciplina.
- **Satisfacción personal:** Implica entender que la vida tiene un significado, así como, evaluar las propias contribuciones.

Niveles de resiliencia según Wagnild y Young

Resiliencia alta. Las características más usuales de una persona con buena capacidad resiliente es la empleabilidad de estrategias de

convivencia, siendo asertiva, controlando sus impulsos así mismo es sociable, flexible, tiene un fuerte control interno frente a las dificultades, es autónomo y ve de manera positiva el futuro; además posee la capacidad de automotivarse, manteniendo la confianza en sí misma (a).

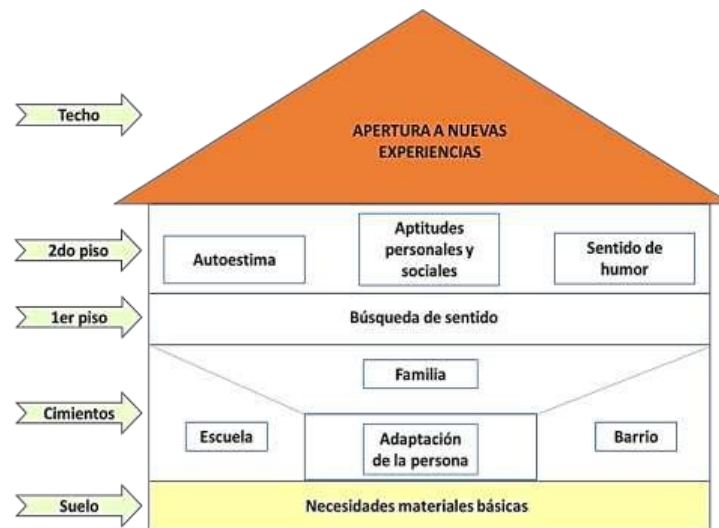
- Resiliencia media. Los factores ambientales intervienen para ayudar a la persona a mejorar su capacidad resiliente. El entorno expresa expectativas positivas y mantiene firme las decisiones de la persona en situaciones difíciles.
- Resiliencia baja. No acepta la realidad tal como es, muestra sentimientos de inferioridad y una desfavorable visión del futuro, carece de optimismo, se muestra vulnerable y se niega a la posibilidad de enfrentar la situación por la que pasa.

b) Modelo de la casita de Vanistendael (19994).

Según este modelo, Vanistendael hace referencia de comparación entre una casa y una persona resiliente: ambos no tienen estructuras rígidas, fueron construidas, tiene su propia historia de vida, necesitan de cuidados y mantenimientos. Sus habitaciones o ambientes se comunican o están entretnejidas a través de pasillos, escaleras y puertas, es por ello que todos estos elementos promueven la resiliencia.

FIGURA 5

Modelo de la casita de Vanistendael, tomado de “Mi Espacio” resiliente.



(Sáenz, 2013)

El suelo constituye el elemento primordial para la construcción. Por tanto, las necesidades materiales básicas (vivienda, alimento, ropa...) deben ser satisfechas para que la construcción de la resiliencia se pueda dar, es evidente que no solo basta de techo y comida, sino que va más de estas necesidades.

Los cimientos responden a la confianza conseguida a través de las experiencias vividas con los más cercanos. El lazo que nos une a la familia, amigos, sentirnos aceptados, comprendidos, es fundamental para la construcción de la resiliencia.

Subiendo al primer piso, nos hallamos con la necesidad de darle sentido a lo que nos sucede. Tenemos que ser capaces de responder al “para que” nos ocurre las cosas, dándoles significado e iniciando el aprendizaje que nos lleva más allá del “por qué”.

En el segundo piso, ubicamos los elementos básicos de la resiliencia como las experiencias, la autoestima, las aptitudes personales y sociales además del sentido del humor.

Finalmente, está el techo donde se sitúa las nuevas experiencias, el incorporar nuevos elementos esto nos ayudaran a la construcción de la resiliencia.

Clasificación de la resiliencia

La resiliencia se ha ido modificando en función a sus diversos campos de acción, así podemos señalar la clasificación sistematizada por. (Rodríguez, 2011).

- a. Resiliencia psicológica. Es la combinación de rasgos personales positivas y de respuestas o conductas de afrontamiento que facilitan el éxito de los cambios inesperados o estresantes en la vida.
- b. Resiliencia familiar. Involucra a el conjunto de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen, con en el transcurso del tiempo, tanto a cada individuo como a todo el grupo, esto permitira acomodarse a sus diversos estilos de organización o creencias, recursos y limitaciones internas, así como adaptarse a los desafíos psicosociales que se les plantean desde fuera de la familia.
- c. Resiliencia comunitaria. Se da cuando los contextos sociales, relaciones grupales y aspectos culturales, ante una situación de desastre, son movilizados de maanera solidaria por una población para emprender procesos de renovación, que modernicen no solo la estructura física sino toda la trama social en esas comunidades.

Factores de resiliencia

A partir de la tipología de resiliencia, se detallan los factores que condicionan la manifestación de la resiliencia en el ser humano.

Según Rimari (2008) la resiliencia se encuentra condicionada por un conjunto de factores protectores internos y factores ambientales donde cada grupo guarda una serie de características básicas, las cuales se presentan a continuación: Gaspar (2019).

a. Factores protectores internos: características individuales que facilitan la resiliencia.

- Proporcionar servicios a otras personas o a una causa.
- Emplear estrategias de convivencia, como la adopción de buenas decisiones, asertividad, control de los impulsos y resolución de problemas.
- Sociabilidad; capacidad de ser amigo; capacidad de entablar relaciones positivas.
- Sentido del humor, control interno, autonomía, independencia y visión positiva del futuro personal.
- Flexibilidad, capacidad para el aprendizaje y conexión con éste; automotivación.
- "Es idóneo o idónea" en algo, competencia personal, sentimientos de autoestima y confianza en sí mismo(a).

b. Factores protectores ambientales: características de las familias, escuelas, comunidades y grupos de pares que fomenten la resiliencia

- Promover vínculos estrechos, valorar y alentar la educación

- Emplear un estilo de interacción cálido y no crítico
- Fijar y mantener límites claros (reglas, normas y leyes)
- Fomentar relaciones de apoyo con muchas otras personas afines
- Alentar la actitud de compartir responsabilidades, prestar servicio a otros y brindar "la ayuda requerida"
- Brindar acceso a recursos para satisfacer necesidades básicas de vivienda, trabajo, salud, atención y recreación
- Expresar expectativas de éxito elevadas y realistas
- Promover el establecimiento y el logro de metas
- Fomentar el desarrollo de valores prosociales (como el altruismo) y estrategias de convivencia (como la cooperación)
- Proporcionar liderazgo, adopción de decisiones y otras oportunidades de participación significativa
- Apreciar los talentos específicos de cada individuo

c. **Factores culturales:** El factor cultural se fundamenta en la importancia de recibir el apoyo social, donde este apoyo entra en conflicto con los valores que promueven este tipo de culturas como la independencia, la autoconfianza y el control interno.

d. **Factores psicológicos:** Independientemente del apoyo real, las personas interpretan el apoyo de manera consistente con sus creencias más profundas; de tal forma que los esquemas formados en la infancia respecto a cómo uno debe ser tratado, suelen influir en la calidad y cantidad de interacciones en la adultez. Los sujetos optimistas, asertivos, con alta autoestima y, con habilidades sociales adecuadas,

suelen percibir altos niveles de apoyo de diversas redes sociales y se sienten más satisfechas con él. Por otro lado, los sujetos ansiosos, con ánimo deprimido, baja autoestima, bajos niveles de satisfacción con la vida, suelen percibir menores cantidades de apoyo social y por lo tanto, su valor personal es negativa

- e. **Factores socioeconómicos:** La familia es considerada como la base fundamental del principal apoyo para el individuo, sin embargo, cuando no se cuenta con los medios económicos necesarios esto cambia, en estas circunstancias, las redes sociales de la comunidad suelen convertirse en una fuente de apoyo primaria y altamente significativa. Los niveles altos de estrés y ansiedad afectan de forma negativa las habilidades sociales de las personas, mostrándose incapaces de poder mantener relaciones seguras, disminuye su bienestar social. Dada la importancia que tiene la percepción del apoyo social en relación con la satisfacción personal, los sentimientos de soledad y depresión, es ineludible evaluar los diferentes tipos de apoyo social percibido con que cuenta la persona. (Molero Osorio, 2017)

Resiliencia y cáncer

Algunos autores consideran que existe una estrecha relación entre la salud mental y la resiliencia, en donde la promoción de resiliencia facilita el desarrollo de la capacidad para soportar las adversidades y agresiones de un medio social que permitirá, a su vez, el desarrollo de la salud mental (Melillo, 2004; como se citó en González, Valdez, Oudhof & González, 2009). Así mismo desde la psicooncología la enfermedad oncológica connota desde la

perspectiva de los pacientes y familiares una alteración emocional y social, aparte de la patología orgánica (Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2003); es decir, el paciente oncológico presenta, un conjunto de síntomas físicos, además de un malestar emocional que altera su funcionamiento cognitivo, afectivo, conductual, social y espiritual (Cruzado, 2010).

Bajo lo mencionado algunos autores como Vaillant (2000; Garassini, s/f) y Danne, Snowden y Friesen (2001; Garassini, s/f), refieren que las emociones positivas permiten enfrentar de una mejor manera las experiencias traumáticas puesto que la resiliencia es un aspecto sustancial que permite darle un nuevo sentido al cáncer. (Baca, 2013)

Cáncer

El solo escuchar la palabra cáncer asusta. Puesto que todas las personas conocemos a alguien que ha padecido de ésta enfermedad, incluso que ha fallecido a causa de ella.

El cáncer es un término que se usa para enfermedades en que las células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

El cuerpo está compuesto por billones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para facilitar el crecimiento de la persona. Una vez que se llega a

la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar las células desgastadas o las que están muriendo y para reparar lesiones.

En realidad, el cáncer es un grupo de muchas enfermedades relacionadas y todas ellas tienen que ver con las células. Hay más de 100 tipos diferentes de cáncer. La mayoría de ellos toma el nombre del órgano o células donde comienza a desarrollarse. Las células anormales tienen un crecimiento incontrolado que reproducen más o menos atípicamente las células del tejido en el que aparecen, y que pueden comportarse de diferentes modos, pero que en general tienden a llevar a la muerte a la persona que no se somete a un tratamiento adecuado.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

La malignidad del cáncer es variable según la agresividad de las células y demás características biológicas de cada tipo tumoral. buscar ayuda cuando lo necesite. (Instituto Nacional Del Cancer, 2015).

Tipos de cáncer

El tipo de cáncer se determina por medio de estudios patológicos que se realiza a la muestra proveniente de la cirugía o biopsia. El diagnóstico se determina mediante la prueba anatomopatológico.

Existen 5 tipos principales de cáncer provenientes de un determinado órgano donde se origina, del tipo de célula del que deriva y del aspecto de la célula tumoral:

- a) **Carcinomas:** derivados de las células que recubren la superficie interna o externa de los órganos.
- b) **Sarcomas:** derivados del tejido conectivo como son el cartílago, tendones, huesos, vasos, grasa y músculo.
- c) **Linfomas:** originados en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
- d) **Leucemias:** originadas en las células de la médula ósea, encargadas de producir células sanguíneas.
- e) **Mieloma:** Se presenta en las células plasmáticas de la médula ósea. (Fundación ECO, 2014, pág. 6)

El Ministerio de Salud señala que en nuestro país los cánceres más frecuentes son de dos tipos, en las mujeres son el cáncer de mama y de cuello uterino y en los varones, el cáncer de estómago, de pulmón y de próstata. El cáncer de pulmón y de estómago afecta tanto a varones y mujeres” (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Consecuencias del cáncer

Los pacientes pueden sentir diversos tipos de dolor según los tratamientos que reciben, por ejemplo, la quimioterapia intravenosa puede generar espasmos, escozor y picazón; mucositis (llagas o inflamación en la boca u otras partes del aparato digestivo); dolor en la piel, erupción o síndrome mano-pie

(enrojecimiento, hormigueo o ardor en las palmas de las manos o las plantas de los pies); dolor en las articulaciones y los músculos de todo el cuerpo.

Problemas para dormir. Los problemas del sueño, están relacionados a los medicamentos, tensión, o estancia hospitalaria, pueden aumentar el riesgo de ansiedad o de depresión en el paciente siendo necesario la intervención y tratamiento profesional.

- **Consecuencias psicosociales del cáncer**

Los pacientes diagnosticados con cáncer notan la vulnerabilidad de su inmortalidad, generándolos ansiedad y sufrimiento, seguido de ataques de pánico, sentimientos de desesperanza y miedo a todo lo que desconocido que debe enfrentarse.

El estrés psicológico, se nota cuando la persona siente que está bajo presión física, mental o emocional. El estrés les provoca angustia, incapacitándoles el control de los cambios causados por la enfermedad. Por otro lado, la angustia es un factor que está asociada a los peores resultados clínicos. El cuerpo reacciona a la presión física, mental o emocional liberando hormonas de estrés (como epinefrina y norepinefrina) incrementan la presión arterial, aceleran el ritmo cardíaco y elevan la glucosa. Estos cambios ayudan a la persona a actuar con mayor fuerza y rapidez para escapar de una amenaza percibida.

Las investigaciones han confirmado que el estrés intenso y prolongado puede llevar a problemas digestivos, urinarios, infertilidad y a un sistema inmunitario debilitado. Son más

propensos a contraer infecciones virales como la gripe o resfriado común y sufrir de dolores de cabeza, problemas para dormir, depresión y ansiedad.

Aspectos psicológicos del cáncer

De manera general, el diagnóstico de padecer un cáncer, es un fuerte impacto emocional y provoca a la persona un fuerte shock. Las personas con un diagnóstico de cáncer, perciben de una forma consciente o inconsciente, sus vidas bajo una amenaza, provocada por una pérdida de la salud y por tanto la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal. La vida humana se encuentra siempre en una dinámica de pérdidas, como es en este caso la pérdida de la salud o de una vida normal.

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida del enfermo de cáncer e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de esta enfermedad. El ser humano, pasa por una etapa altamente estresante, de irrealidad, percibiendo esta situación como algo extraña y difícil de asimilar y aflora preguntas como: “¿por qué a mí?”, obligando a la persona a enfrentarse con temas tan amplios como la muerte, el sufrimiento, el dolor, el deterioro, la transcendencia, temas en los cuales cada una de las personas afectadas debe encontrar la respuesta y un sentido personal, donde se produce una despersonalización y debe de considerarse una medida de protección, un mecanismo de defensa de la persona. Por todo ello el/la paciente se ve abocado a la necesidad de integrar

la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones consigo mismo, con los otros y con el entorno, y finalmente con el sentido mismo de su existencia.

Lipowski (1969), la reacción psicológica ante cualquier enfermedad, y por lo tanto ante el cáncer, tiene que ver con las siguientes:

- La Personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia personal que condicionan su respuesta en general ante eventos estresantes en forma de percepciones, emociones, ideas y conductas determinadas.
- La situación social y económica del paciente. Sobre todo, por las reacciones de las personas más cercanas ante lo que está sucediendo y las visiones culturales de la enfermedad.
- Características del ambiente físico que le rodea. La naturaleza y características de la enfermedad tal y como son percibidas y evaluadas por el enfermo. Es fundamental el significado subjetivo atribuido a la enfermedad que es un proceso cognitivo, pero no necesariamente racional o consciente. Este significado está condicionado por factores personales y culturales tanto conscientes como no conscientes y tiene que ver con un intento del paciente por reducir la ambigüedad, la incertidumbre y la ansiedad ante lo que está pasando.
- En este sentido, Bayés (1991) afirma que el cáncer acaba suponiendo con frecuencia una situación de estrés que posee cuatro características:

- a. Incertidumbre: el paciente se enfrenta a una situación en la que no sabe qué sucederá en el futuro en relación con su enfermedad, su vida y con el tipo de tratamientos utilizados.
- b. Sentimientos negativos: como miedo, tristeza o ansiedad.
- c. Pérdida de control: que genera indefensión y sensación de que no puede influir en los tratamientos.
- d. Amenazas a la autoestima: por cambios en el cuerpo, incapacidad de trabajar, alteraciones de tipo sexual, etc.

Reacciones psicológicas

- a) **Reacción ante el diagnóstico:** El diagnóstico de cáncer es un impacto psicológico importante, como ya se he señalado anteriormente, se desencadenan una serie de temores, es como si los pacientes estuviesen recibiendo una sentencia a muerte, ya que se están exponiendo a sus posibilidades de su propia muerte. Tras el diagnóstico de cáncer, según Gallar (2006), se producen varias reacciones emocionales, que son mecanismos adaptativos para reducir el estrés que genera el diagnóstico.

TABLA 1
Reacciones del paciente tras el diagnóstico.

Negación	El paciente no cree en el diagnóstico que le han informado.
Evitación	Evita hablar del cáncer.
Distorsión	Distorsiona el diagnóstico auto convenciéndose de que tiene otra enfermedad en lugar de cáncer.
Comparación positiva	El paciente asume actitud de pensar con optimismo en los casos de curación.

Búsqueda de información	El desconocimiento del pronóstico y efectos secundarios le genera incertidumbre y ansiedad
-------------------------	--

Gallar 2006)

La primera reacción tras el diagnóstico de esta enfermedad es de incredulidad, incertidumbre, miedo, tristeza, culpa, despersonalización, sensación de irrealidad, más adelante aparecen mecanismos de adaptación ante esta situación, que pueden ser negación, aislamiento, represión, evitación de situaciones, etc.

Todo esto depende de los rasgos previos de personalidad que tengan cada uno y del significado que atribuyen a la enfermedad de cáncer. Además de lo anterior, también influye en el impacto emocional, la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Evidentemente, las personas que han sido diagnosticadas en una fase más avanzada de la enfermedad, presentarán un mayor malestar psicológico.

La información ha de estar estructurada integrando un esquema conceptual de lo que significa el cáncer, pues en muchos casos es necesario hacer comprender al paciente que el concepto que tiene sobre el cáncer es incorrecto e inadaptativo. Asimismo, hay que insistir en las posibilidades de intervención actuales, insistiendo en las elevadas tasas de recuperación que se consiguen, y destacar la importancia de la actuación que debe llevar a cabo el propio paciente.

Por otro lado, las personas que padecen cáncer pueden vivirlo como una crisis vital que pone a prueba la capacidad de adaptación del enfermo. El momento de enfrentarse a esta enfermedad son decisivos aspectos como la

capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En este aspecto, las personas que aceptan su enfermedad, la lucha por superarla, se centra en buscar información sobre ella y sus posibles y mejores tratamientos, percibir la enfermedad como una situación real, buscar el apoyo necesario y manifestación de esperanza, así como un proyecto de vida.

Mientras otros pacientes, tras el diagnóstico, niegan la enfermedad, lo que, a corto plazo, le produce al paciente cierta estabilidad emocional y cognitiva, pero no permite afrontar de una manera realista el curso de la enfermedad, ni su tratamiento. La perciben como una pérdida y derrota, relacionada con la incertidumbre sobre el control de su futuro, creando indefensión y la pérdida de la esperanza. La información del diagnóstico o tratamientos a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente, pero a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso: la ausencia de información puede producir una mejor adaptación, pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por tanto, registrar los efectos de la información, así como la precisión y comprensión por el paciente de lo que se ha comunicado.

- b) **Reacciones ante el tratamiento:** Las reacciones psicológicas van a depender del tipo de tratamiento al que se tiene que someterse el paciente. Algunas de las reacciones serán derivadas del miedo al

tratamiento, otras a las molestias que ocasionan, a los efectos secundarios y, por último, temor a los tratamientos que generan despersonalización al vivirlos en un ambiente, en el cual se genera angustia de sentirse un objeto indefenso, a merced de los médicos, de las enfermeras y de los tratamientos que a veces incrementan más la tortura que viven y la incertidumbre de sus futuros. Al no poder saber cuánto tiempo van a estar así, si van a superar la enfermedad, si van a responder bien al tratamiento, los límites de su cuerpo, llevándoles a una situación decepcionante de la vida, ya que se trata de un estado de enfermedad “sin fecha”, donde su existencia puede llegar a su fin. Todo esto puede provocar en los pacientes la pérdida del sentido en la vida, la falta de metas, de un futuro incierto, hace que las personas sean incapaces de existir y el tiempo pierde su estructura centrándose en el momento presente que es el que realmente están viviendo y el que les pertenece.

De una manera más estructurada, las reacciones ante los tratamientos son:

- **Cirugía.** Ante la cirugía se produce un temor por el daño corporal que genera y por si puede complicarse y llegar a la muerte. En algunos pacientes, el estrés se puede agudizar si tienen antecedentes psicopatológicos, como depresión o ansiedad. Además del daño corporal, también están las consecuencias en la autoimagen que la cirugía general, el temor a percibir un cambio en el esquema corporal por la posible extirpación de alguna zona de su

cuerpo. A pesar de lo anterior, la cirugía suele ser es un tratamiento que prefieren los pacientes, ya que les proporciona un alivio inmediato de dolor y otros síntomas, su duración es limitada y fomenta su sensación de control.

- **Quimioterapia:** Este es uno de los tratamientos que más ansiedad y miedo genera en los pacientes antes de iniciarlo y durante este, por los posibles efectos secundarios, además de las molestias, por la posible hospitalización para recibir el tratamiento. El paciente, llega a sufrir síntomas condicionados como náuseas y vómitos. Este tratamiento, reduce la calidad de vida de los pacientes, por los efectos secundarios asociados al malestar general y otros problemas físicos como es la caída del cabello, vómitos, náuseas, y otros síntomas somáticos, además de alteraciones en la función cognitiva. Durante los ciclos del tratamiento, el paciente suele sufrir ansiedad, miedo, fobias, depresión, trastornos de conducta, y en pacientes con algún trastorno psicopatológico se puede agudizar y volver más intensos.
- **Radioterapia:** Las sesiones de radioterapia suelen ocasionar al paciente reacciones de ansiedad, miedo, cuadro fóbico mientras se administra el tratamiento, ya que el paciente se encuentra solo y aislado ante una máquina. Además, hay que añadir los efectos secundarios que suceden después de administrar el tratamiento.

- **Hospitalizaciones.** Además del impacto psicológico de los tratamientos, hay que añadir que a veces el paciente tiene que estar hospitalizado, e incluso en periodos largos, donde se agudiza aún más el sufrimiento del enfermo, al ver alterada aún más su vida y teniendo que adaptarse a las normas del hospital. Todo esto en un ambiente, a veces deshumanizado y conviviendo con otros pacientes que a veces padecen su misma enfermedad y se encuentran con mayor gravedad, lo que les remite a pensar en sí mismos en un posible futuro.
- **Tratamiento con psicofármacos.** Algunos pacientes, tienen que tomar psicofármacos para aliviar el estado de ansiedad o depresión en el que se encuentran y tienen que sufrir los efectos secundarios que estos le generan.
- **Tratamiento psicológico.** Los profesionales de la salud mental incluyen consejeros licenciados, psicólogos y psiquiatras. Brindan herramientas para mejorar las habilidades para sobrellevar la enfermedad, desarrollar un sistema de apoyo y modificar los pensamientos negativos. Las opciones incluyen la terapia individual, de pareja o familiar, y la terapia de grupo. Además, los psiquiatras son profesionales de la salud mental que pueden recetar medicamentos y evaluar las causas médicas de la depresión. Hay distintos tipos de medicamentos

antidepresivos disponibles. El médico elegirá el antidepresivo más apropiado. (Oncology, 2018).

Factores que originan el cáncer

- **Factores biológicos:**

Según el tratamiento, se ha encontrado que la adhesión es mejor entre los pacientes que toman menor cantidad de medicamentos, menor dosis del medicamento en cada administración, y en medicamentos en forma de pastillas y no en forma líquida (Tebbi, 1993) Además, muchos pacientes prefieren la administración de medicamentos antineoplásicos por vía oral que por vía intravenosa, ya que es más fácil la administración y existe menor necesidad de hospitalización (Banna, Collova, Liparo & Cavallaro, 2010 citado en X. Palacios & L. Vargas, 2011).

- **Factores psicológicos:**

Los conocimientos, las creencias acerca de la salud, y el optimismo influyen en la adhesión. Se ha descrito que el optimismo aumenta la percepción de calidad de vida y de bienestar subjetivo, disminuye el estrés, aumenta las esperanzas de sobrevivir y de poder controlar las recaídas (Ramfelt , Lützén , 2005) citado en Palacios & L. Vargas, (2011)

Las personas con depresión generalmente se benefician de un tratamiento especializado.

Para las personas con depresión moderada o grave, el enfoque más eficaz suele ser una combinación de tratamiento psicológico y medicamentos. Para las personas con depresión leve, hablar con un profesional de la salud mental puede ser suficiente para aliviar los síntomas de depresión. (Cruz, 2013).

2.3. Marco Conceptual de las variables y dimensiones

Depresión:

Según Aarón Beck (1979) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. a este esquema se le conoce como la triada cognitiva.

Dimensiones:

- **Pensamiento negativo de sí mismo:** Los individuos deprimidos muestran una consideración negativa de sí mismo; una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil y atribuyen sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tienden a rechazarse a sí mismos, ya que creen que los demás lo rechazarán.
- **Pensamiento negativo del mundo:** Se sienten derrotado socialmente. Consideran que el mundo les enfrenta a enormes

exigencias y les oponen obstáculos que interfieren con el logro de los objetivos de su vida.

- **Pensamiento negativo del futuro:** El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente.

Resiliencia:

Según Wagnild y Young (1993) refieren que la resiliencia es un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal (Shaikh, 2010; Shaikh, 2010).

Dimensiones:

- **Ecuanimidad.** Implica un balance de la propia vida y las experiencias, así como, tomar las cosas tranquilamente y moderando respuestas extremas ante la adversidad.
- **Sentirse bien solo.** Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única, que existen experiencias que deben enfrentarse solos. Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- **Confianza en sí mismo.** Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades, también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.
- **Perseverancia.** Es la persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro, de continuar

luchando para construir la vida de uno mismo y de practicar la autodisciplina.

- **Satisfacción personal.** Implica comprender que la vida tiene un significado, así como, evaluar las propias contribuciones.

Oncología

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

CAPITULO III

III. HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

H1: Existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

H0: No existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

3.2. Hipótesis Específicas

H_{e1}: Existe relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

H_{e2} Existe relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

H_{e3} Existe relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

H_{e4} Existe relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

H_{e5} Existe relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

3.3. Variables

Variable 1: Depresión

Definición Conceptual:

El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro a este esquema se le conoce como la triada cognitiva. (Beck, 1967).

Definición Operacional:

La variable Depresión se midió a través de las dimensiones visión negativa de sí mismo, visión negativa del entorno y visión negativa del futuro.

Variable 2: Resiliencia

Definición Conceptual:

Define que resiliencia es un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal. (Wagnild & Young, 1993).

Definición Operacional:

La variable Resiliencia se midió a través de las dimensiones Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia y Satisfacción personal

CAPITULO IV

IV. METODOLOGÍA

4.1.1. Método de Investigación

Para la presente investigación se utilizó como método general el método científico, definido como el procedimiento programado que se sigue en la investigación, que permite descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, para demostrar sus conexiones internas y externas, así poder generalizar y concretar los conocimientos adquiridos. Busca llegar a demostrarlos con rigor racional y para comprobarlos en el experimento y con las técnicas de su aplicación. Landeau (2019).

Para la investigación se empleó como método específico el método hipotético – deductivo que implica el planteamiento de una hipótesis como resultado de las inferencias de datos empíricos, principios o leyes generales. Bunge (2010).

4.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo no experimental, puesto que no se realizó la manipulación de las variables, así mismo se observó el comportamiento de las variables, en este caso se tratará de depresión y resiliencia, de modo que fueron analizadas en su ambiente original. Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Por otro lado, según su naturaleza la investigación fue cuantitativa, puesto que se utilizó la recolección de datos para así comprobar hipótesis, con base en la comprobación numérica y el estudio estadístico, para instaurar patrones de comportamiento, así mismo conseguir probar teorías. (Hernandez Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

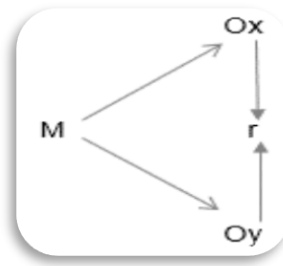
Según su finalidad la investigación fue básica (teórica), puesto que se buscó investigar la relación entre dos variables (depresión y resiliencia), así mismo diagnosticar la realidad de las variables probando las teorías base que respaldan cada una de las variables en estudio. (Vara H. , 2015) Según el alcance temporal la presente investigación fue transversal debido a que se aplicó los instrumentos en una sola oportunidad, el propósito fue relacionar variables y analizar su incidencia e interrelación en un período específico. (Hernandez Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

4.3. Nivel de Investigación

La presente investigación fue de nivel descriptivo, puesto que tiene como objetivo principal la descripción de los fenómenos. Se instala en un primer nivel del conocimiento científico, además maneja métodos descriptivos como la observación, estudios correlacionales, y de desarrollo, etc. (Hernandez Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

4.4. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue de tipo correlacional ya que su finalidad es dar a conocer la relación entre las variables de estudio depresión y resiliencia. (Vara H. , 2015).



Dónde:

M: Pacientes Oncológicos

Ox: Depresión

Oy: Resiliencia

r: Es el símbolo de la correlación entre los datos de las dos variables en estudio.

4.5. Población y muestra

Población

Es el conjunto de todos los sujetos o cosas a investigar, y deben tener una característica en común, se encuentran en una misma área o territorio y varían en el transcurso del tiempo. Vara H. (2015).

La población en estudio estuvo conformada por 24 pacientes oncológicos hospitalizados del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.

Muestra

Dado que nuestra población es pequeña y se tomaron a los 24 pacientes hospitalizados que conforman el servicio de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión. La muestra fue de tipo censal, que es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra. (Ramírez , 1997).

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el área de oncología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren internados en otras áreas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019.
- Pacientes que no acepten participar voluntariamente en la investigación.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada en esta investigación fue la encuesta que es definida como: técnica que busca averiguar la opinión que tiene una parte de la población acerca de un determinado problema. (Hernandez Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

El instrumento utilizado fue el Cuestionario, que es definido como un conjunto de preguntas por escrito a ciertas personas para que opinen sobre un asunto o tema en específico, los cuestionarios que se emplearon son: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y Escala de Resiliencia de Wagnild, g. Young, h.

Validez: Se define como el grado en que un instrumento mide realmente lo que pretende medir. (Hernandez Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Para la presente investigación los instrumentos empleados fueron sometidos a validez de contenido por criterio de jueces, quienes evaluaron la pertinencia de los ítems con los conceptos, la pertinencia del ítem para cumplir

con los objetivos de la investigación, la suficiencia de ítems y la calidad del formato de los instrumentos. Para lograr este objetivo se recurrió a tres psicólogos especialistas en el área clínica que cuenten con el grado de maestría.

Confiabilidad: Es el grado en qué la aplicación repetida del instrumento al mismo individuo produce iguales resultados. Hernandez Sampieri & Mendoza Torres (2018).

Para hallar la confiabilidad de los instrumentos se realizó una prueba piloto aplicando los instrumentos al 10% de la muestra para hallar el coeficiente de confiabilidad.

Resultados del Análisis de Confiabilidad

Inventario de Depresión

Tabla N° 2
Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	5	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.896	5

Fuente: Base de datos SPSS

Resultado: El instrumento es confiable.

El índice de alfa de Cronbach es 0.896 lo cual determina un **nivel bueno de confiabilidad del instrumento.**

Escala: RESILIENCIA

Tabla N° 3
Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	5	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.972	5

Fuente: Base de datos SPSS

Resultado: El instrumento es confiable

El índice de alfa de Cronbach es 0.972 lo cual determina un **nivel excelente de confiabilidad del instrumento.**

Ficha técnica

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI – II).

- Nombre: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II).
- Autor: Aaron T. Beck; Robert A. Steer; Gregory K. Brown.
- Aplicación: Individual o colectiva.
- Duración: 15 - 20 minutos aproximadamente.
- Población: Adultos, jóvenes de 18 a 65 años de edad.
- Ítems:21
- Tipo: Politómico
- Escala: Ordinal

Validez y confiabilidad de la versión original

Validez

En la revisión de la validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1979, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, de acuerdo al instrumento de Beck.

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck ; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos.

En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una correlación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizada

por Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

Confiabilidad

Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- a. Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b. Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- c. Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), esta última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad (formulas: Kuder, Richardson o Coeficiente Alfa de Cronbach).

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que, si bien es hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si nos arroja luces sobre la confiabilidad de este Instrumento, se administró el Inventario de Beck en quince pacientes con diagnóstico depresivo y luego se realizó un retest con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se

calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81.

Los resultados glosados posibilitan decir que el Inventario de Beck tiene una Confiabilidad bastante aceptable.

Ficha técnica

ESCALA DE RESILIENCIA.

- Autores: Wagnild, G. Young, H. (1993).
- Procedencia: Estado Unidos.
- Adaptación peruana: Novella (2002).
- Administración: Individual o colectiva.
- Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
- Aplicación: Para adolescentes y adultos.
- Significación: La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.
- Nombre del instrumento: Escala de Resiliencia (ER)
- Autores: Gail M. Wagnild & Heather M. Young 1993.
- Objetivo: Identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo.
- Áreas/Factores/Dimensiones: Competencia personal y aceptación de uno mismo y de su vida
- Dirigido a: Adolescentes y adultos

Wagnild & Young (1993) desarrollaron y evaluaron psicométricamente la Escala de Resiliencia (ER). Describieron la evolución y la evaluación inicial de los

25 ítems de la escala de Resiliencia en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades.

El análisis de los principales factores componentes de la Escala fue llevado a cabo siguiendo una rotación, indicando que la estructura de estos factores era representativa de dos factores: Competencia Personal y Aceptación de Sí Mismo y de la vida.

Descripción general: La Escala consta de 25 reactivos, respecto de los cuales las personas deben indicar el grado de aprobación o desaprobación y está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia.

Validez y confiabilidad de la versión original

Validez concurrente

Las correlaciones positivas en la adaptabilidad (salud física, mental y satisfacción por la vida) y una correlación negativa de depresión justificaron, concurrentemente la validez de la Escala.

Específicamente se halló una validez simultánea con medidas similares a otras medidas de adaptación tales como moral ($r = 0.28$), satisfacción de vida ($r = 0.30$) y depresión ($r = -0.37$). Las correlaciones han variado desde 0.67 a 0.84 ($p < 0.01$) lo cual sugiere que la resiliencia es estable en el tiempo. Wagnild G. & (1993)

Confiabilidad

Se hallaron la consistencia interna de esta escala, a través del alpha de Cronbach, encontrando un valor de 0.94 para toda la escala y de 0,91 para el Factor I de Competencia personal y de 0,81 para el Factor II de Aceptación de sí mismo y de su vida.

Validez y confiabilidad en nuestro país

En nuestro país, Del Aguila halló la validez, la confiabilidad y percentiles para la Escala de Resiliencia. Wagnild G. &. (1993)

Estudio Piloto: Se procedió a la adaptación lingüística del instrumento, para lo cual entregó la escala a un experto para que realice los cambios pertinentes. Según las consideraciones de este último, sólo fueron necesarios modificar los ítems 2, 3, 4, 5, 7 y 25.

Una vez determinado el formato, se procedió a realizar una prueba piloto, con un grupo de 118 adolescentes: varones y mujeres de 4to. Y 5to. Año de secundaria de 3 colegios privados y uno estatal, correspondientes a los tres niveles socioeconómicos (2 de clase alta, 1 de clase media y 1 de clase baja) en Lima Metropolitana.

Con esta muestra se estableció la validez y confiabilidad del instrumento, así como también se establecieron los Percentiles.

Validez

Validez de Contenido: La validez del contenido de la Escala de resiliencia se efectuó por análisis de correlación de ítem-test, utilizando el coeficiente producto - momento de Pearson corregido efectuado en la muestra de estandarización, donde se observa que los ítems evaluados contribuyen al

constructor para la medición de la Resiliencia, excepto los ítems 7 (-.0524), 11 (.0435), 20 (-.0484) y 22 (1675). (Del Águila, 2003).

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los resultados fueron procesados con el programa SPSS V 21 IBM que se muestran a través de tablas y gráficos.

Para la contrastación de hipótesis se estableció en primer lugar el comportamiento de la población, se obtuvo un comportamiento Normal; en ese sentido se eligió la prueba r de Pearson que nos permitió establecer la relación entre la variable depresión y resiliencia. (Vara H. , 2015).

Tabla 4
Prueba de normalidad de la variable depresión

		Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra			
		Depresión	Visión negativa de sí mismo	Visión negativa del entorno	Visión negativa acerca del futuro
N		24	24	24	24
Parámetros normales ^{a,b}	Media	44,25	12,88	12,83	18,54
	Desviación estándar	8,279	3,757	3,046	3,476
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,149	,217	,107	,146
	Positivo	,137	,217	,103	,115
	Negativo	-,149	-,122	-,107	-,146
Z de Kolmogorov-Smirnov		,149	,217	,107	,146
Sig. asintótica (bilateral)		,180 ^c	,005 ^c	,200 ^{c,d}	,198 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

Resultados: Como los índices de significación la mayoría son mayores a 0.05; esto nos indica que estas variables ordinales se **comportan normalmente**, por lo que se decide emplear el coeficiente de correlación de r de Pearson, para determinar la asociación entre variables.

Tabla 5
Prueba de normalidad: Resiliencia

		Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra					
		Resiliencia	Ecuanimidad	Sentirse bien solo	Confianza en sí mismo	Perseverancia	Satisfacción
N		24	24	24	24	24	24
Parámetros normales ^{a,b}	Media	118,83	19,04	13,96	33,33	33,67	18,83
	Desviación estándar	16,699	3,155	2,971	7,364	3,886	2,869
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,094	,126	,171	,109	,126	,148
	Positivo	,071	,091	,132	,091	,091	,100
	Negativo	-,094	-,126	-,171	-,109	-,126	-,148
Z de Kolmogorov-Smirnov		,094	,126	,171	,109	,126	,148
Sig. asintótica (bilateral)		,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}	,069 ^c	,200 ^{c,d}	,200 ^{c,d}	,186 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

Resultados: Como los índices de significación son mayores a 0.05; esto nos indica que estas variables ordinales se **comportan normalmente**, por lo que se decide emplear el coeficiente de correlación de Pearson, para determinar la asociación entre variables.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se respetó los principios y procedimientos ecos, los cuales se tomaron para iniciar y culminar la presente investigación, partiendo del reglamento general de investigación con los artículos 27 y 28, reglamento de ética con el artículo 7, código de ética con numero de artículos 4 y 5 de la Universidad Peruana Los Andes

- Proteger a la persona, sean distintos grupos étnicos o socioculturales
- Los pacientes participes de este proceso de investigación tendrán derecho a la autodeterminación informativa, la privacidad y la confidencialidad
- Consentimiento informado y expreso

Los participantes de la investigación contarán con la manifestación de voluntad informada, libre, específica de su colaboración

- Beneficencia y no maleficencia

En la investigación se asegura el bienestar e integridad de los pacientes no causando daño físico ni psicológico

- Responsabilidad

Se actuará con responsabilidad con relación a los resultados a la investigación tanto a nivel individual como social.

- Veracidad

Se garantizará la veracidad de la investigación en todas las etapas de proceso.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

5.1.1 RESULTADOS ESTADISTICOS – EDAD, GENERO Y GRADO.

Para obtener un mejor criterio de aplicación de los instrumentos en nuestra investigación, es que consideramos establecer en nuestra población y muestra objeto de estudio un rango tanto en edades, sexo y grados de instrucción en los pacientes.

Tabla 6.

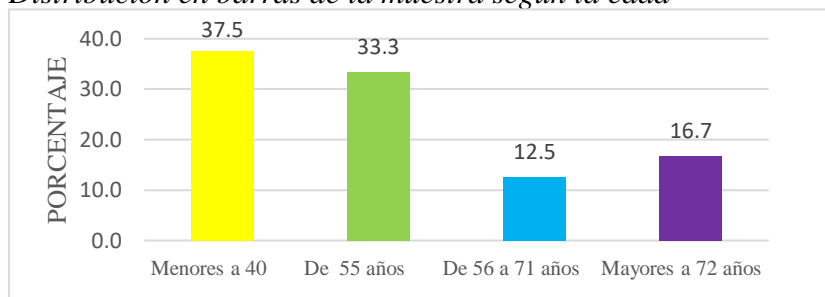
Rango de la muestra según edad

	Frecuencia	Porcentaje
Intervalo de edad	Menores a 40 años	9 37,5
	De 41 a 55 años	8 33,3
	De 56 a 71 años	3 12,5
	Mayores a 72 años	4 16,7
Total	24	100,0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 1.

Distribución en barras de la muestra según la edad



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 6

Descripción:

En la tabla N° 6 y gráfico N°1 se observa que el 37.5% oscila entre las edades menores de 40 años, mientras que el 33.3% tiene una edad de 55 años, así mismo el 16.7% tiene una edad mayor de los 72 años y finalmente el 12.5% tienen entre 56 a 71 años.

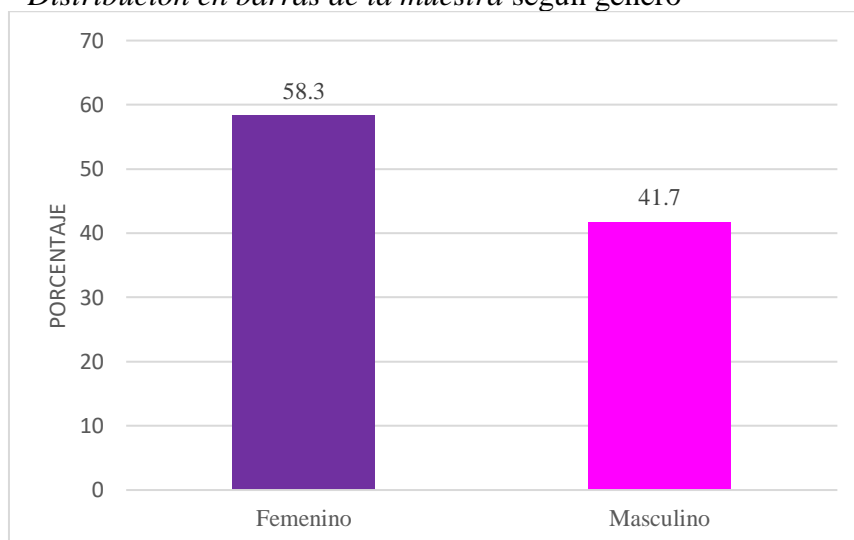
Tabla 7.

Composición de la muestra según género

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	14	58,3
	Masculino	10	41,7
	Total	24	100,0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 2.

Distribución en barras de la muestra según género

Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 7

Descripción:

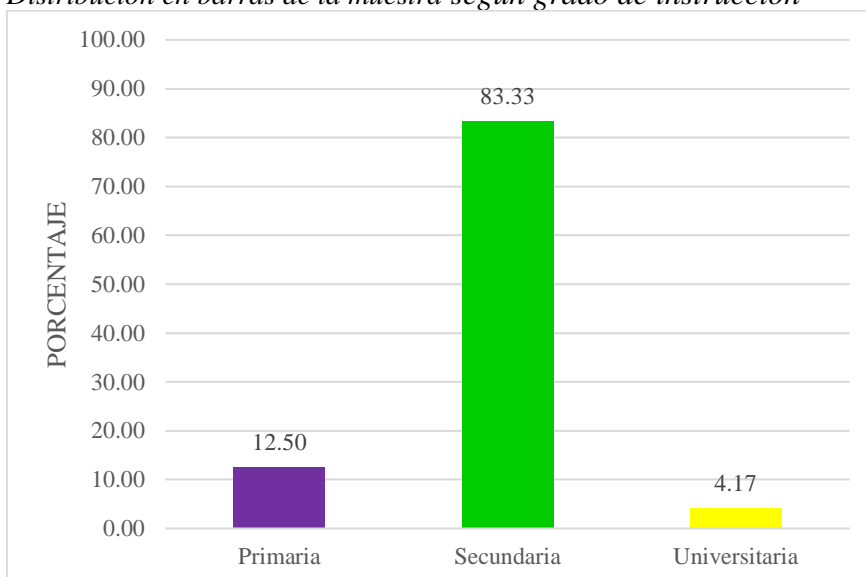
En la tabla N° 7 y gráfico N°2 se encuentra que el 58.3% de la muestra corresponden al sexo femenino mientras que el 42% son del sexo masculino.

Tabla 8.
Composición de la muestra según grado de instrucción

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	12.50
Secundaria	20	83.33
Universitaria	1	4.17
Total	24	100

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 3.
Distribución en barras de la muestra según grado de instrucción



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 8

Descripción:

En la tabla N° 8 y gráfico N° 3 se encuentra que los resultados del grado de instrucción de los pacientes muestran que un 83.33% tienen un grado de instrucción secundaria; mientras que el 12.50% tienen un grado de instrucción primaria y solo el 4.17% tienen un grado de instrucción universitario.

5.1.2 RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPRESIÓN

Tabla 9

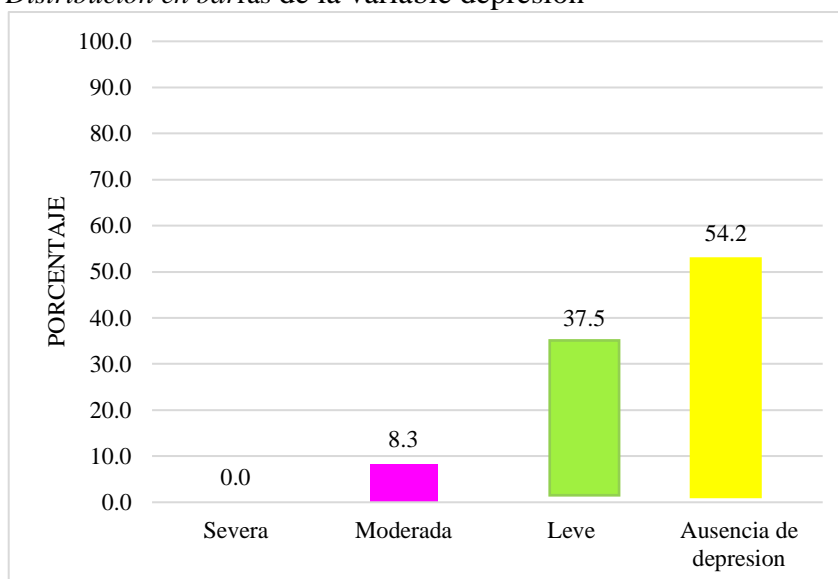
Resultados de la variable depresión.

Escala de medición	FI	%
Severa	0	0.0
Moderada	2	8.3
Leve	9	37.5
Ausencia de depresión	13	54.2
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 4.

Distribución en barras de la variable depresión



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 9

Descripción:

En la tabla N° 9 y gráfico N° 4 se observa que la muestra arroja un 54.2% de ausencia de depresión; seguido de un 37.5% con depresión leve; 8.3% muestra depresión moderada y por ultimo 0.0% depresión severa.

5.1.2.1 DIMENSIONES DE LA VARIABLE: DEPRESIÓN

Dimensión: Visión negativa acerca de sí mismo

Tabla 10.

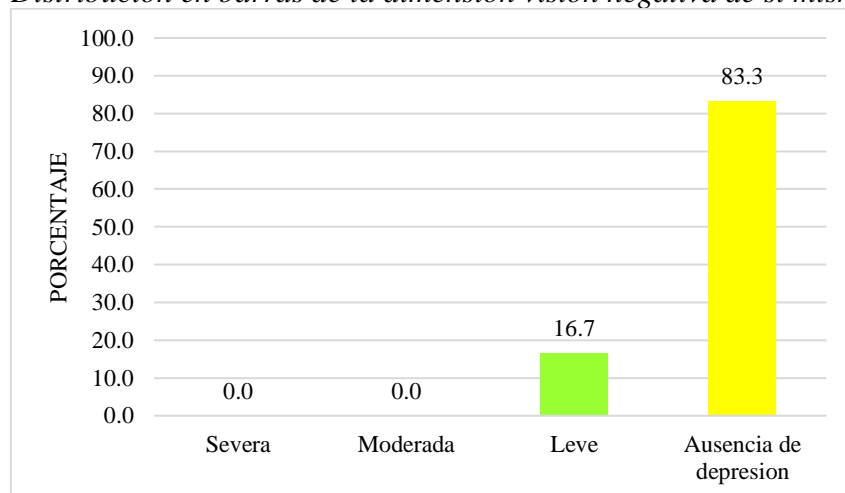
Resultado de la dimensión visión negativa de sí mismo

Escala de medición	FI	%
Severa	0	0.0
Moderada	0	0.0
Leve	4	16.7
Ausencia de depresión	20	83.3
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 5.

Distribución en barras de la dimensión visión negativa de sí mismo



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 10

Descripción:

En la tabla N° 10 y gráfico N° 5 el 83.3% evidencia ausencia de depresión de la dimensión visión negativa de sí mismo; seguido del 16.7% se encuentra en el nivel leve; el 0.0% corresponden al nivel moderado y severo.

Dimensión: Visión negativa del entorno

Tabla 11.

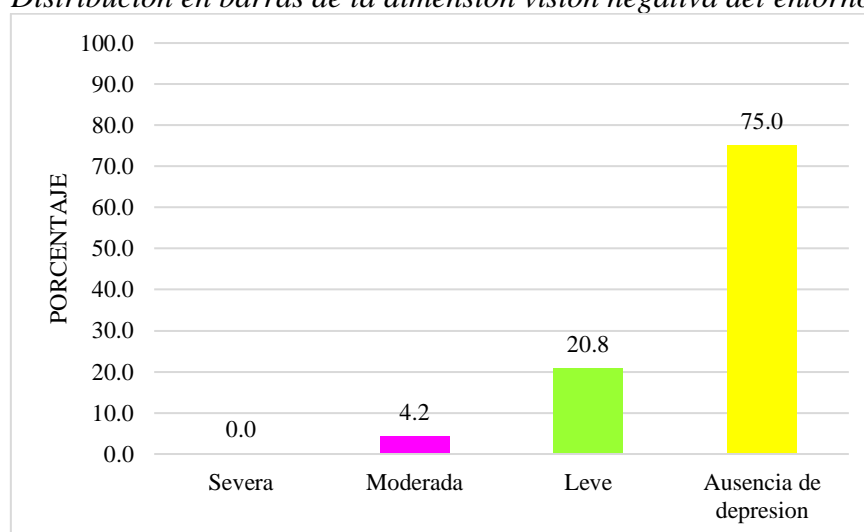
Resultados de la dimensión visión negativa del entorno

Escala de medición	FI	%
Severa	0	0.0
Moderada	1	4.2
Leve	5	20.8
Ausencia de depresión	18	75.0
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 6

Distribución en barras de la dimensión visión negativa del entorno



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 11

Descripción:

En la tabla N° 11 y gráfico N° 6 se puede observar que un 75.0% evidencia ausencia de depresión respecto a la dimensión visión negativa de sí mismo, seguido del 20.8% se ubica en el nivel leve; mientras que el 4.2% se encuentra en el nivel moderado; y por último el 0.0% corresponde al nivel severo.

Dimensión: Visión negativa acerca del futuro

Tabla 12.

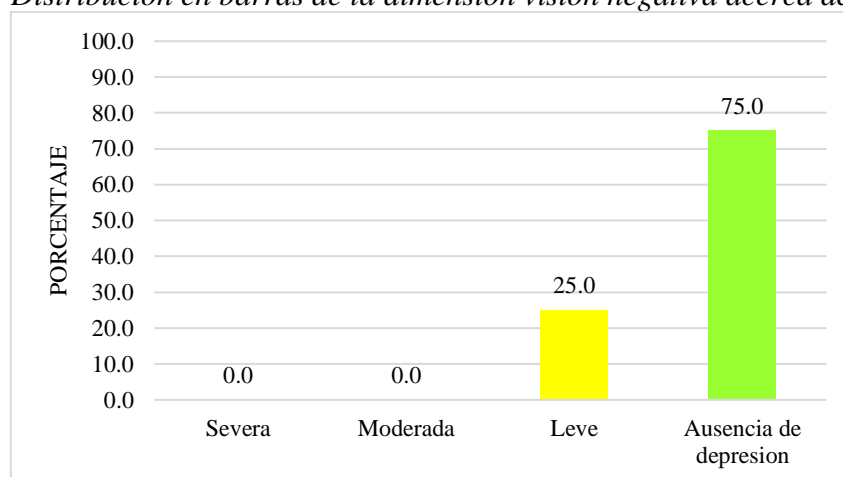
Resultados de la dimensión visión negativa acerca del futuro

Escala de medición	FI	%
Severa	0	0.0
Moderada	0	0.0
Leve	6	25.0
Ausencia de depresión	18	75.0
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 7.

Distribución en barras de la dimensión visión negativa acerca del futuro



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 12

Descripción:

En la tabla N° 12 y gráfico N° 7 se observa que un 75.0% evidencia ausencia de depresión respecto a la dimensión visión negativa del entorno, seguido del 25.0% se ubica en el nivel leve; mientras que el 0.0% se encuentran en el nivel moderado y severo

5.1.3 RESULTADOS DE LA VARIABLE RESILIENCIA

Tabla 13.

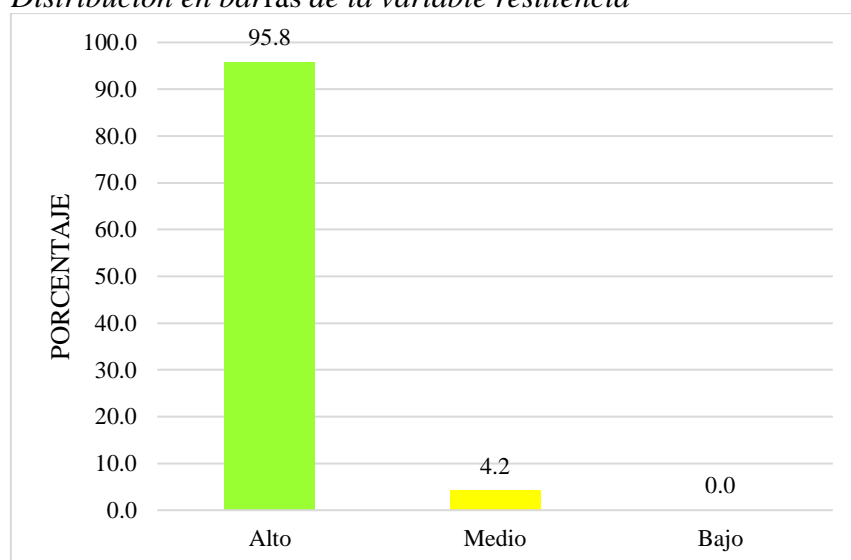
Resultados de la variable resiliencia

Escala de medición	fi	%
Alto	23	95.8
Medio	1	4.2
Bajo	0	0.0
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 8.

Distribución en barras de la variable resiliencia



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 13

Descripción:

La tabla N° 13 y gráfico N° 8 se observa que la muestra arroja que un 95.8% se encuentra en el nivel alto de resiliencia; seguido del 4.2% se encuentran en el nivel medio; por último, el 0.0% se encuentra en el nivel bajo.

5.1.3.1 DIMENSIONES DE LA VARIABLE: RESILIENCIA

Dimensión: Ecuanimidad

Tabla 14.

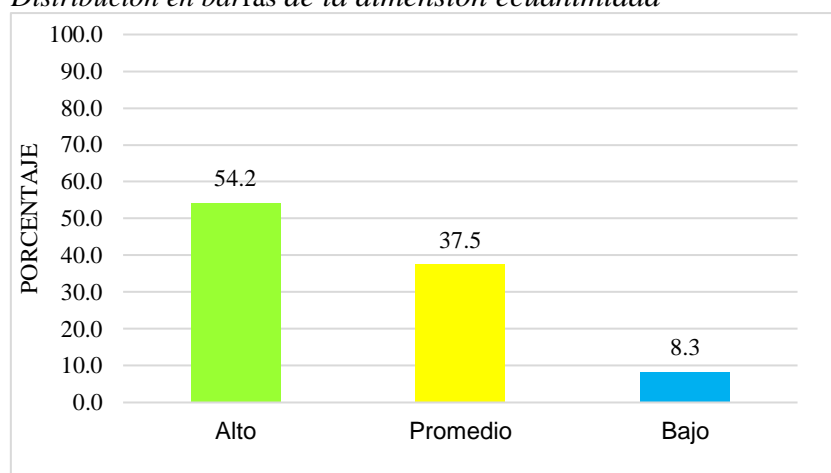
Resultados de la dimensión ecuanimidad

Escala de medición	f _i	%
Alto	13	54.2
Promedio	9	37.5
Bajo	2	8.3
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 9

Distribución en barras de la dimensión ecuanimidad



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 14

Descripción:

En la tabla N° 14 y gráfico N° 9 se evidencia de la muestra que un 54.2% se ubican en el nivel alto de la dimensión ecuanimidad de resiliencia; seguido del 37.5% se ubican el nivel promedio; finalmente un 8.3% de pacientes se encuentra en un nivel bajo.

Dimensión: Sentirse bien solo

Tabla 15.

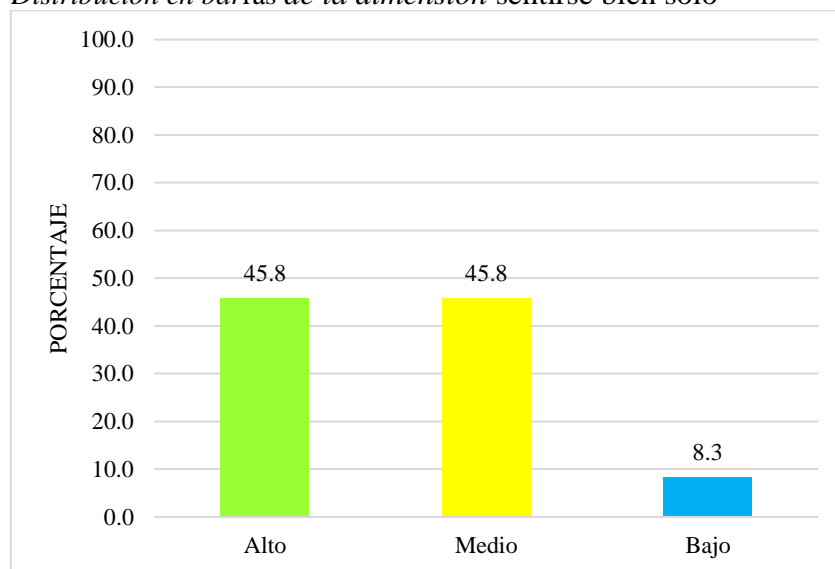
Resultados de la dimensión sentirse bien solo

Escala de medición	fi	%
Alto	11	45.8
Medio	11	45.8
Bajo	2	8.3
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 10.

Distribución en barras de la dimensión sentirse bien solo



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 15

Descripción:

En la tabla N° 15 y gráfico N° 10 se evidencia de la muestra que un 45.8% se ubican en un nivel alto y nivel medio de la dimensión sentirse bien solo de resiliencia; por último, el 8.3% se ubican en un nivel bajo.

Dimensión: Confianza en sí mismo

Tabla 16

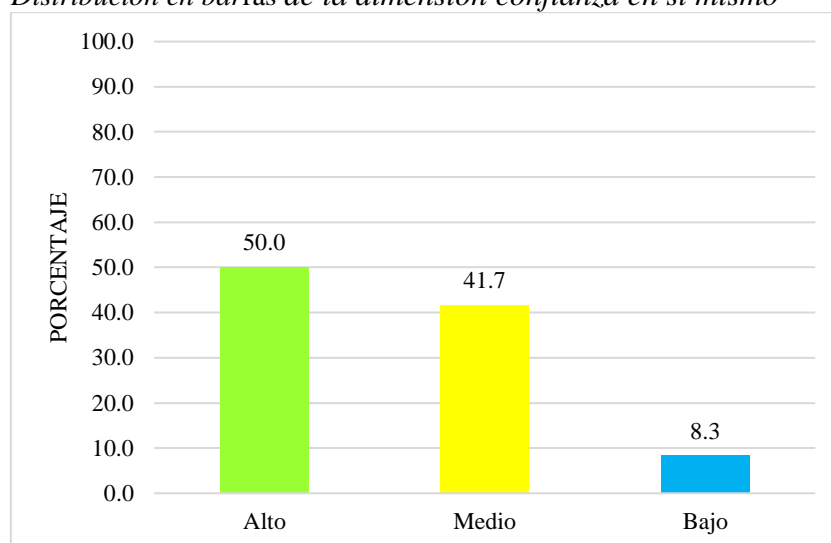
Resultados de la dimensión confianza en sí mismo

Escala de medición	fi	%
Alto	12	50.0
Medio	10	41.7
Bajo	2	8.3
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 11.

Distribución en barras de la dimensión confianza en sí mismo



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 16

Descripción:

En la tabla N° 16 y gráfico N° 11, se observa de la muestra que un 50.0% se ubican en un nivel alto de la dimensión confianza en sí mismo de resiliencia; seguido del 41.7% se ubican el nivel medio; finalmente un 8.3% de pacientes se encuentra en un nivel bajo.

Dimensión 4: Perseverancia

Tabla 17.

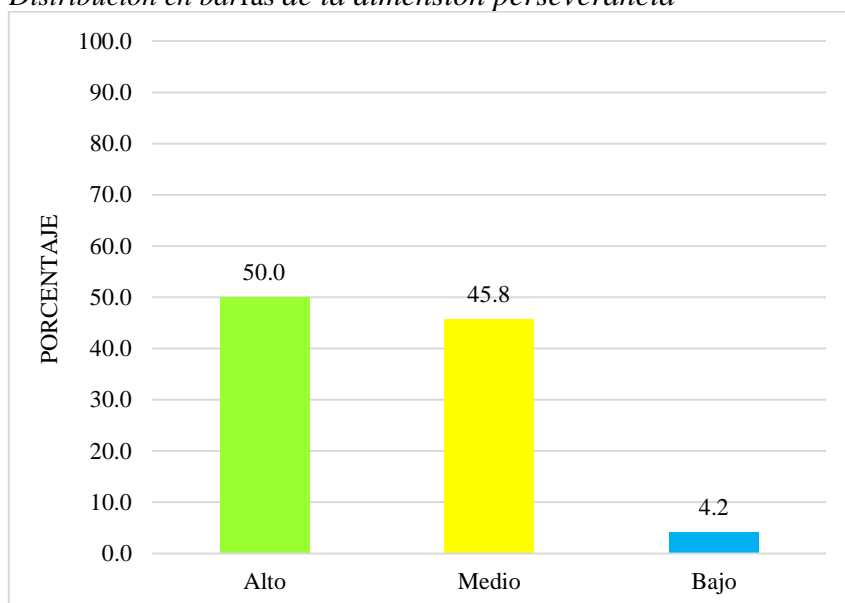
Resultados de la dimensión perseverancia

Escala de medición	fi	%
Alto	12	50.0
Medio	11	45.8
Bajo	1	4.2
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 12.

Distribución en barras de la dimensión perseverancia



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 17

Descripción:

En la tabla N° 17 y gráfico N° 12, se observa de la muestra que un 50.0% se ubican en el nivel alto de la dimensión perseverancia de resiliencia; seguido del 45.8% se ubican el nivel medio; finalmente un 4.2% se encuentra en un nivel bajo.

Dimensión: Satisfacción personal

Tabla 18.

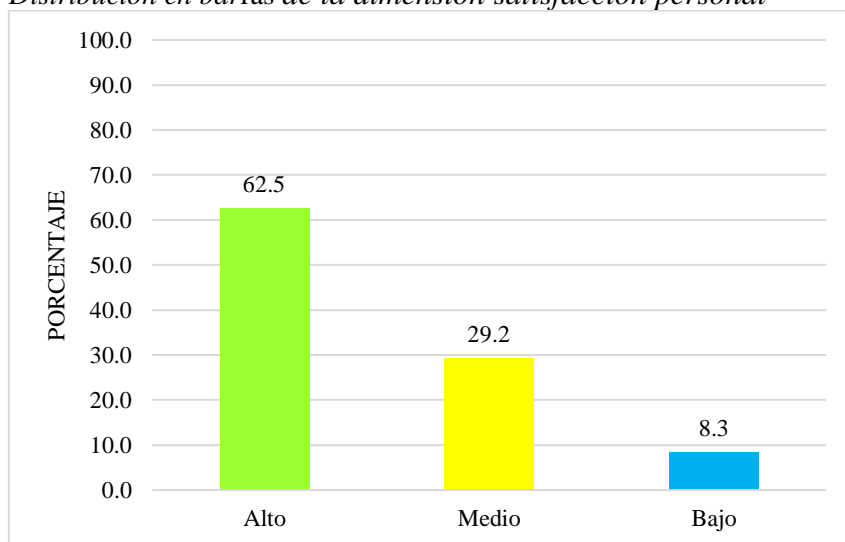
Resultados de la dimensión satisfacción personal

Escala de medición	fi	%
Alto	15	62.5
Medio	7	29.2
Bajo	2	8.3
TOTAL	24	100.0

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Gráfico 13.

Distribución en barras de la dimensión satisfacción personal



Fuente: Elaboración propia en base a la Tabla N° 18

Descripción:

En la tabla N° 18 y gráfico N° 13 se evidencia de la muestra que un 62.5% se ubican en el nivel alto de la dimensión satisfacción de resiliencia; seguido del 29.2% se ubican el nivel medio; finalmente un 8.3% se encuentra en un nivel bajo.

5.2 Contrastación de hipótesis

5.2.1. Hipótesis general

H₀: No existe relación inversa entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019

$$H_0 : \rho_s = 0$$

H₁: Existe relación inversa entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019

$$H_1 : \rho_s \neq 0$$

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir, el 95% de confianza

Tabla 19.
Correlación entre la depresión y resiliencia, estadígrafo de la prueba R de Pearson

		Depresión	Resiliencia
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,776
	Sig. (bilateral)		,000
	N	24	24
Resiliencia	Correlación de Pearson	-,776	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	24	24

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Lectura del p valor:

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La H₁ se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H₀ se aprueba. No es significativo

Sig. (Bilateral): 0.00 = P-valor $\leq \alpha$ = La H₁ se aprueba. Es significativo

Interpretación del coeficiente de correlación de la hipótesis general

Coefficiente de correlación	Interpretación
+ 1,00	Correlación perfecta (+) o (-)
De + 0,90 a + 0,99	Correlación muy alta (+) o (-)
De + 0,70 a + 0,89	Correlación alta (+) o (-)
De + 0,40 a + 0,69	Correlación moderada (+) o (-)
De + 0,20 a + 0,39	Correlación baja (+) o (-)
De + 0,01 a + 0,19	Correlación muy baja (+) o (-)
0	Correlación nula

Fuente: (Triola, 2009)

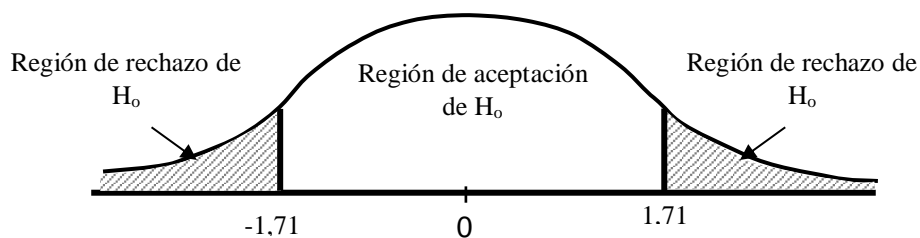
Grado de libertad de prueba:

$$n - 1 = gl$$

$$gl = 24 - 1 = 23$$

Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,71$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,71$. Por lo que la $t_t=1,71$ (Valor crítico)



Aceptar H_0 si $-1,71 < r_c < 1,71$

Rechazar H_0 si $-1,71 \geq r_c \geq 1,71$

Cálculo de estadístico de Prueba

$$N = 24$$

$$r = -0,776$$

$$t_c = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$t_c = \frac{-0.776\sqrt{24-2}}{\sqrt{1-(-0.776)^2}}$$

$$t_c = -5.770$$

Decisión estadística

Puesto que la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -5.770 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

Conclusión estadística.

Se concluye que: Existe relación inversa entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Interpretación:

Se ha establecido la relación entre las variables depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019, siendo esta inversa, lo que expresa que a mayor resiliencia menor depresión en los pacientes.

5.2.2. Hipótesis Específica 1

H₀: No existe relación inversa entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_0 : \rho_s = 0$$

H_{e1}: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_1 : \rho_s \neq 0$$

Nivel de significancia.

es decir, el 95% de confianza

Tabla 21.

Correlación entre depresión y la dimensión ecuanimidad estadígrafo de correlación de Pearson

		Depresión	Ecuanimidad
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,742
	Sig. (bilateral)		,000
	N	24	24
Ecuanimidad	Correlación de Pearson	-,742	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	24	24

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Lectura del p valor:

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La H₁ se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H₀ se aprueba. No es significativo

Sig. (Bilateral): 0.00 = P-valor $\leq \alpha$ = La H₁ se aprueba. Es significativo

Interpretación del coeficiente de correlación de la hipótesis específica N° 1

Coefficiente de correlación	Interpretación
+ 1,00	Correlación perfecta (+) o (-)
De + 0,90 a + 0,99	Correlación muy alta (+) o (-)
De + 0,70 a + 0,89	Correlación alta (+) o (-)
De + 0,40 a + 0,69	Correlación moderada (+) o (-)
De + 0,20 a + 0,39	Correlación baja (+) o (-)
De + 0,01 a + 0,19	Correlación muy baja (+) o (-)
0	Correlación nula

Fuente: (Triola, 2009)

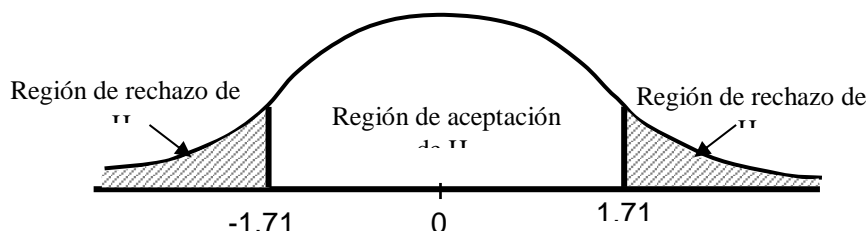
Grado de libertad de prueba:

$$n - 1 = gl$$

$$gl = 24 - 1 = 23$$

Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,71$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,71$. Por lo que la $t_c=1,71$



Aceptar H_0 si $-1,71 < r_c < 1,71$

Rechazar H_0 si $-1,71 \geq r_c \geq 1,71$

Cálculo de estadístico de Prueba

$$N = 24$$

$$r = -0.742$$

$$t_c = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$t_c = \frac{-0.742\sqrt{24-2}}{\sqrt{1-(-0.742)^2}}$$

$$t_c = -5.19$$

Decisión estadística

Puesto que la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -5.19 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Conclusión estadística.

Se concluye que: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Interpretación:

Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019. dando como resultado una relación inversa, lo que significa que el paciente tiene la capacidad de tener un balance de su propia vida y de las experiencias, así como, esperar tranquilo y tomar las cosas de manere racional y con serenidad moderando sus respuestas y actitudes para llevar una mejor calidad de vida.

5.2.3. Hipótesis Específica 2

H_0 : No existe relación inversa entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_0 : \rho_s = 0$$

H_{e2} : Existe relación inversa entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_1 : \rho_s \neq 0$$

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir, el 95% de confianza

Tabla 23.

Correlación entre la depresión y la dimensión sentirse bien solo estadígrafo de prueba de correlación de Pearson

		Depresión	Sentirse bien solo
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,704
	Sig. (bilateral)		,001
	N	24	24
Sentirse bien solo	Correlación de Pearson	-,704	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	24	24

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Lectura del p valor:

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H_0 se aprueba. No es significativo

Sig. (Bilateral): 0.01 = P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

Interpretación del coeficiente de correlación de la hipótesis específica N° 2

Coeficiente de correlación	Interpretación
+ 1,00	Correlación perfecta (+) o (-)
De + 0,90 a + 0,99	Correlación muy alta (+) o (-)
De + 0,70 a + 0,89	Correlación alta (+) o (-)
De + 0,40 a + 0,69	Correlación moderada (+) o (-)
De + 0,20 a + 0,39	Correlación baja (+) o (-)
De + 0,01 a + 0,19	Correlación muy baja (+) o (-)
0	Correlación nula

Fuente: (Triola, 2009)

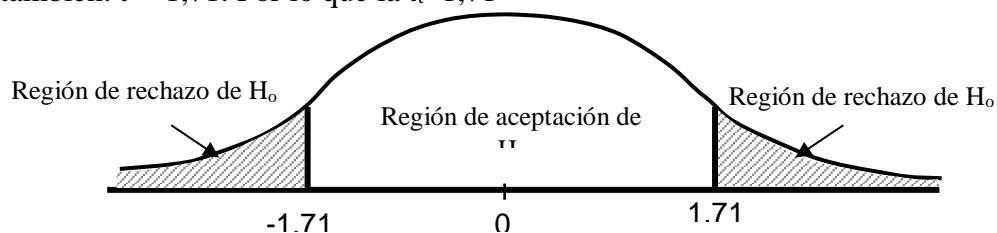
Grado de libertad de prueba:

$$n - 1 = gl$$

$$gl = 24 - 1 = 23$$

Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,71$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,71$. Por lo que la $t_c=1,71$



Aceptar H_0 si $-1,71 < r_c < 1,71$

Rechazar H_0 si $-1,71 \geq r_c \geq 1,71$

Cálculo de estadístico de Prueba

$$N = 24$$

$$r = -0.704$$

$$tc = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$tc = \frac{-0.704\sqrt{24-2}}{\sqrt{1-(-0.704)^2}}$$

$$tc = -4.649$$

Decisión estadística

Puesto que la t calculada es mayor que la t teórica ($tc = -4.649 > tt = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.001 < \alpha = 0.05$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Conclusión estadística.

Se concluye que: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Interpretación:

Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019, dando como resultado una relación inversa, lo que significa que los pacientes se sienten cómodos estando solos, valoran su libertad y se siente único e importante, que existen experiencias que deben enfrentarse

5.2.4. Hipótesis Específica 3

Ho: No existe relación inversa entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_0 : \rho_s = 0$$

Ha: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_1 : \rho_s \neq 0$$

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir, el 95% de confianza

Tabla 22.

Correlación entre la depresión y la dimensión confianza en sí mismo estadígrafo de prueba correlación de Pearson

		Depresión	Confianza en sí mismo
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,687
	Sig. (bilateral)		,002
	N	24	24
Confianza en sí mismo	Correlación de Pearson	-,687	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	24	24

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Lectura del p valor:

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

P-valor > α = La H_0 se aprueba. No es significativo

Sig. (Bilateral): 0.002 = P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

Interpretación del coeficiente de correlación de la hipótesis específica n° 3

Coeficiente de correlación	Interpretación
+ 1,00	Correlación perfecta (+) o (-)
De + 0,90 a + 0,99	Correlación muy alta (+) o (-)
De + 0,70 a + 0,89	Correlación alta (+) o (-)
De + 0,40 a + 0,69	Correlación moderada (+) o (-)
De + 0,20 a + 0,39	Correlación baja (+) o (-)
De + 0,01 a + 0,19	Correlación muy baja (+) o (-)
0	Correlación nula

Fuente: (Triola, 2009)

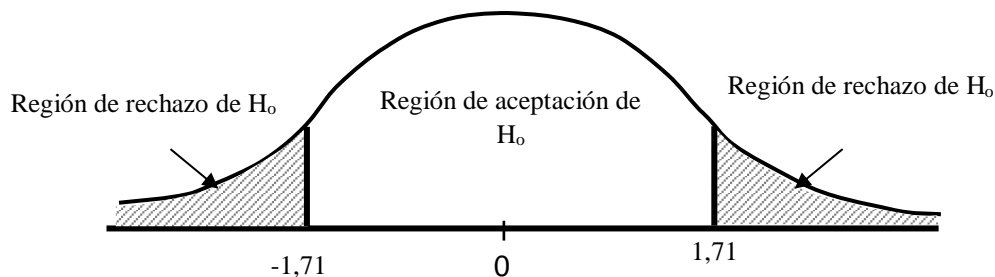
Grado de libertad de prueba:

$$n - 1 = gl$$

$$gl = 24 - 1 = 23$$

Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,71$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,71$. Por lo que la $t_c=1,71$



$$\text{Aceptar } H_0 \text{ si } -1,71 < r_c < 1,71$$

$$\text{Rechazar } H_0 \text{ si } -1,71 \geq r_c \geq 1,71$$

Cálculo de estadístico de Prueba

$$N = 24$$

$$r = -0.687$$

$$tc = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$tc = \frac{-0.687\sqrt{24-2}}{\sqrt{1-(-0.687)^2}}$$

$$tc = -4.43$$

Decisión estadística

Puesto que la t calculada es mayor que la t teórica ($tc = -4.43 > tt = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.002 < \alpha = 0.05$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Conclusión estadística.

Se concluye que: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Interpretación:

Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 dando como resultado una relación inversa, lo que significa que los pacientes conservan una sensación de paz a pesar de la adversidad, porque confía en sí mismo y posee herramientas para seguir luchando por su vida, su proceso dinámico lo conduce a la optimización de sus recursos y por tanto a sobreponerse a la adversidad.

5.2.5. Hipótesis Específica 4

H₀: No existe relación inversa entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_0: \rho_s = 0$$

H₁: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_1: \rho_s \neq 0$$

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir, el 95% de confianza

Tabla 27.

Correlación entre la depresión y la dimensión perseverancia Estadígrafo de prueba correlación de Pearson

		Depresión	Perseverancia
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,728
	Sig. (bilateral)		,000
	N	24	24
	Correlación de Pearson	-,728	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	24	24

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Lectura del p valor:

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La H₁ se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H₀ se aprueba. No es significativo

Sig. (Bilateral): 0.000 = P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

Interpretación del coeficiente de correlación de la hipótesis específica N° 4

Coeficiente de correlación	Interpretación
+ 1,00	Correlación perfecta (+) o (-)
De + 0,90 a + 0,99	Correlación muy alta (+) o (-)
De + 0,70 a + 0,89	Correlación alta (+) o (-)
De + 0,40 a + 0,69	Correlación moderada (+) o (-)
De + 0,20 a + 0,39	Correlación baja (+) o (-)
De + 0,01 a + 0,19	Correlación muy baja (+) o (-)
0	Correlación nula

Fuente: (Triola, 2009)

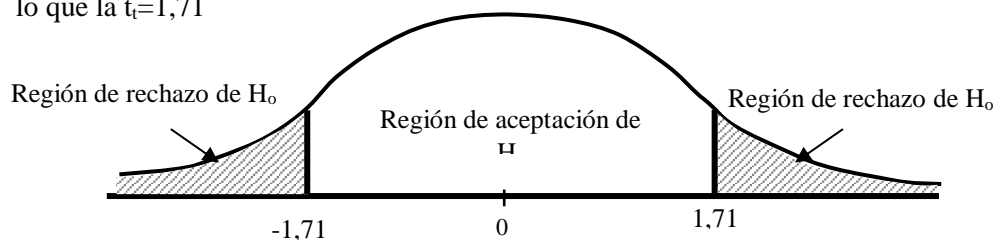
Grado de libertad de prueba:

$$n - 1 = gl$$

$$gl = 24 - 1 = 23$$

Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,71$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,71$. Por lo que la $t_c=1,71$



$$\text{Aceptar } H_0 \text{ si } -1,71 < r_c < 1,71$$

$$\text{Rechazar } H_0 \text{ si } -1,71 \geq r_c \geq 1,71$$

Cálculo de estadístico de Prueba

$$N = 24$$

$$r = -0.728$$

$$tc = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$tc = \frac{-0.728\sqrt{24-2}}{\sqrt{1-(-0.728)^2}}$$

$$tc = -4.98$$

Decisión estadística

Puesto que la t calculada es mayor que la t teórica ($tc = -4.98 > tt = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Conclusión estadística.

Se concluye que: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión perseverancia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Interpretación:

Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019, dando como resultado una relación inversa, lo que significa que los pacientes cuentan con la capacidad de resolver sus problemas, manejan sus emociones, controlan la ansiedad, el estrés, la angustia, el miedo, etc., y salen a la vez fortalecidas.

5.2.6. Hipótesis Específica 5

Ho: No existe relación inversa entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_0: \rho_s = 0$$

H1: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

$$H_1: \rho_s \neq 0$$

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir, el 95% de confianza

Tabla 29.

Correlación entre la depresión y la dimensión satisfacción personal estadígrafo de prueba de correlación de Pearson

		Depresión	Satisfacción
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,523
	Sig. (bilateral)		,004
	N	24	24
Satisfacción	Correlación de Pearson	-,523	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	N	24	24

Fuente: Elaborado en base a la base de datos del SPSS.

Lectura del p valor:

Criterio para determinar la Hipótesis:

P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H_0 se aprueba. No es significativo

Sig. (Bilateral): 0.004 = P-valor $\leq \alpha$ = La H_1 se aprueba.

Interpretación del coeficiente de correlación de la hipótesis específica N° 5

Coefficiente de correlación	Interpretación
+ 1,00	Correlación perfecta (+) o (-)
De + 0,90 a + 0,99	Correlación muy alta (+) o (-)
De + 0,70 a + 0,89	Correlación alta (+) o (-)
De + 0,40 a + 0,69	Correlación moderada (+) o (-)
De + 0,20 a + 0,39	Correlación baja (+) o (-)
De + 0,01 a + 0,19	Correlación muy baja (+) o (-)
0	Correlación nula

Fuente: (Triola, 2009)

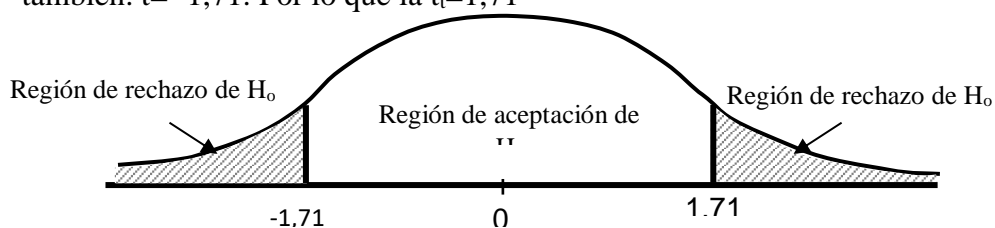
Grado de libertad de prueba:

$$n - 1 = gl$$

$$gl = 24 - 1 = 23$$

Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,71$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,71$. Por lo que la $t_t=1,71$



$$\text{Aceptar } H_0 \text{ si } -1,71 < r_c < 1,71$$

$$\text{Rechazar } H_0 \text{ si } -1,71 \geq r_c \geq 1,71$$

Cálculo de estadístico de Prueba

$$N = 24$$

$$r = -0,523$$

$$tc = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$tc = \frac{-0,523\sqrt{24-2}}{\sqrt{1-(-0,523)^2}}$$

$t_c = -2.88$

Decisión estadística

Puesto que la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -2.88 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.004 < \alpha = 0.05$) en consecuencia se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Conclusión estadística.

Se concluye que: Existe relación inversa entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Interpretación:

Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019, dando como resultado una relación inversa, lo que significa que el paciente tiene la capacidad para comprender el valor y significado de su propia vida y tienen un gran valor y trascienden la situación vivida.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos en esta investigación contrastando estos mismos con los argumentos y autores citados en los antecedentes como en el marco teórico previamente estructurado.

La presente investigación tuvo como objetivo primordial establecer la relación entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

Los resultados, indican que existe una relación inversa entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019. Se aplicó la R de Pearson, estableciéndose una correlación alta de $-0,776$. Por otro lado, la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -5.808 > t_{\alpha} = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$) estableciéndose una correlación inversa. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Así mismo los resultados de depresión arrojaron que la muestra el 54.2% presenta ausencia de depresión; seguido de un 37.5% con nivel leve; 8.3% muestra depresión moderada y por ultimo 0.0% depresión severa.

Por otro lado, en los resultados de resiliencia se puede observar que la muestra arroja que un 95.8% se encuentra en el nivel alto de resiliencia; seguido del 4.2% se encuentran en el nivel medio; por último, el 0.0% se encuentra en el nivel bajo.

Coincidiendo con la investigación realizada por Bracamonte y Díaz (2015) realizaron una investigación que lleva por título depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2015, teniendo como objetivo general determinar si existe

relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo-2015. Quien llego a la conclusión que existe una correlación negativa entre ambas variables depresión y resiliencia, lo cual significa, que, a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas logrando creer en sí mismos y en sus capacidades, de manera positiva y con una buena actitud. Esta coincidencia con la presente investigación, se debe a que el paciente oncológico al enterarse que padece cáncer pasa por un proceso adaptativo y presenta un esquema mental que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, subestimándose y pensando que carece de elementos necesarios para enfrentar esta enfermedad, considerando que todo lo que el mundo le demande parece exagerado y con la presencia de obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos proyectos en los que se forman expectativas muy altas y en las cuales se anticipan las dificultades, frustraciones, privaciones, el sufrimiento y fracaso que pudiera tenerse al momento de emprender a la enfermedad, sintiéndose culpable de las cosas que puede sucederle esto es fundamentado por el autor Beck (1998). En el proceso de la enfermedad y tratamiento el paciente oncológico va adaptándose logrando enfrentar la enfermedad convirtiéndose en personas altamente resilientes esto nos da a entender que tienen la capacidad y habilidad para creer en sí mismo, mantenerse en pie de lucha con dosis de perseverancia, no rendirse, continuar con sus proyectos de vida, valorarse, siendo independientes reconociendo sus fortalezas y debilidades; venciendo sus miedos y persistir en la lucha por su vida a pesar de lo difícil que resulta enfrentar esta enfermedad esto es sustentado por Wagnild y Young: Quien menciona que la resiliencia es un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados, estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal.

Por otro lado, con resultados cercanos a nuestra investigación, se encontró que en el estudio realizado por Martínez (2017), donde ejecutó una investigación que llevó por título Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama.” – Ecuador, teniendo

como objetivo general estudiar la resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Quien llegó a la conclusión que, existe relación directa entre ambas variables investigadas, lo cual indica que a mayor resiliencia mejor será la calidad de vida de los pacientes, ya que la resiliencia se encuentra en un nivel medio, al igual que los resultados de la variable calidad de vida, siendo estos resultados equivalentes respecto a los pacientes evaluados.

Del mismo modo se pudo encontrar que en la investigación realizada por García (2014), titulada Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero en la Zona Sur de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Argentina, teniendo como objetivo analizar si existe relación entre Inteligencia Emocional y Resiliencia en un grupo de mujeres con cáncer de útero. Quien llegó a la conclusión de que, existe una relación positiva y significativa entre Inteligencia Emocional y Resiliencia esto significa que a mayor inteligencia emocional mayor será la resiliencia, esto favorece al paciente ya que será capaz de adaptarse a situaciones difíciles, consiguiendo enfrentar la enfermedad de manera positiva y favorable.

En cuanto al objetivo específico 1: Determinar la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, se aplicó la R de Pearson, estableciéndose una correlación alta de -0.742 . Por otro lado, la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -5.19 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1)

Así mismo los resultados arrojados en la investigación muestra que un 54.2% se ubica en un nivel alto de la dimensión ecuanimidad de resiliencia; seguido del 37.5% se ubican en el nivel promedio; finalmente un 8.3% de pacientes se encuentra en un nivel bajo.

Estos resultados obtenidos de nuestra investigación coinciden con la investigación de Osorio (2017) que lleva por título “Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico

en la clínica Oncosalud del distrito de San Borja” – Perú, tuvo como objetivo principal determinar el nivel de Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la Clínica Oncosalud del distrito de San Borja. Donde el resultado de su investigación el nivel de ecuanimidad de los pacientes oncológicos, fue alto esto se deba a que el paciente oncológico tiene la capacidad de modular y balancear sus experiencias traumáticas, esperar tranquilo y tomar las cosas de manera racional y moderando sus respuestas y actitudes. Creemos que esta coincidencia con la presente investigación es porque los pacientes adquieren la enfermedad y esto se da por un problema genético o psicosocial mas no como una enfermedad mental es por ello que al pasar por su proceso de adaptación a la enfermedad estas personas van siendo ecuanímenes esto implica que el paciente oncológico tiene la capacidad de tener un balance de su propia vida y de las experiencias, así como, esperar tranquilo y tomar las cosas de manera racional y con serenidad moderando sus respuestas y actitudes para llevar una mejor calidad de vida , esto es sustentado por el autor Wagnild y Young (1993) quien menciona que ecuanimidad es un balance de la propia vida y de las experiencias, así como, tomar las cosas serenamente moderando sus respuestas extremas ante la adversidad.

Concerniente al objetivo específico 2: Determinar la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019. se aplicó la R de Pearson, estableciéndose una correlación moderada de $-0,704$. Por otro lado, la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -4,649 > t_t = -1,71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0,001 < \alpha = 0,05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis específica 1 (H_{e1})

En los resultados de la dimensión se puede observar de la muestra que un 45.8% se ubican en un nivel alto y nivel medio de la dimensión sentirse bien solo; por último, el 8.3% se ubican en un nivel bajo.

De la misma forma se encuentra similitud con la investigación de Osorio (2017) que lleva por título “Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica Oncosalud del distrito de San Borja” – Perú, donde los resultados se asemeja y concuerda con lo hallado en nuestra investigación ,el nivel de sentirse bien solo en el total de la muestra, presentó un nivel alto, lo que significa que los pacientes oncológicos tienen la capacidad de comprender que su propia vida es única, que le toca afrontar y enfrentar la enfermedad dándole sentido y significado a las circunstancias que le toca vivir. Está coincidencia con nuestra investigación se debería a que los pacientes sientan enfrentarse a la muerte haciendo que se reencuentren a sí mismos, valorándose y sintiéndose cómodos estando solos, valoran su libertad y privacidad, se siente único e importante. Tal y como lo explica Wagnild y Young (1993) quienes menciona que sentirse bien solo está referida a la comprensión de que el camino de vida de cada persona es único, que existen experiencias que deben enfrentarse solos. Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Referente a el objetivo específico 3: Determinar la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019. se aplicó la R de Pearson, estableciéndose una correlación moderada de $-0,687$. Por otro lado, la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -4.43 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.002 < \alpha = 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis específica 2 (H_{e2}).

En los resultados de la dimensión confianza en sí mismo se puede observar de la muestra que un 50.0% se ubican en un nivel alto; seguido del 41.7% se ubican el nivel medio; finalmente un 8.3% de pacientes se encuentra en un nivel bajo.

Por ello en la investigación de Osorio (2017) que lleva por título “Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica Oncosalud del distrito de San Borja”

– Perú, se asemeja y concuerda con lo hallado en nuestra investigación que los pacientes oncológicos en la dimensión confianza de sí mismo, presento un nivel alto, lo que indicaría que los pacientes con cáncer tienen la capacidad adecuada para creer y depender en sí mismo reconociendo sus fuerzas y limitaciones. Esta coincidencia con nuestros resultados se debería a que el paciente inicialmente presenta inseguridad, baja autoestima y en el proceso de enfrentar la enfermedad va recuperando y afianzando su seguridad y autoestima porque consideran que están enfrentando un hecho bastante difícil en su vida y que a otro suceso le sería más fácil enfrentarlo el cual le conlleva a conservar una sensación de paz a pesar de la adversidad, porque confía en sí mismo y posee herramientas para seguir luchando por su vida, su proceso dinámico lo conduce a la optimización de sus recursos y por tanto a sobreponerse a la adversidad. Esto es fundamentado por Wagnild y Young (1993) quien menciona que la confianza en sí mismo es el significado que se tiene de uno mismo y de sus propias capacidades, así mismo es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y buscar sus propias fuerzas y limitaciones.

En relación al objetivo específico 4: Determinar la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019. se aplicó la R de Pearson, estableciéndose una correlación alta de $-.728$. Por otro lado, la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -4.98 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

En los resultados de la dimensión perseverancia, se puede observar de la muestra que un 50.0% se ubican en el nivel alto; seguido del 45.8% se ubican el nivel medio; finalmente un 4.2% se encuentra en un nivel bajo.

De modo similar se evidencia en la investigación de Osorio (2017) que lleva por título “Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica Oncosalud del

distrito de San Borja” – Perú donde el nivel de perseverancia fue de un nivel medio, esto significaría que los pacientes con cáncer tienen la capacidad de persistir a pesar de la adversidad, llevándolos a continuar luchando para reconstruir su propia vida y tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina. Esto coincidiría con nuestra investigación ya que los pacientes cuentan con la capacidad de resolver sus problemas, manejan sus emociones, controlan la ansiedad, el estrés, la angustia, el miedo, etc., y salen a la vez fortalecidas ante la enfermedad, valorando más su día a día, encontrando satisfacción a cada actividad que emprende. Conforme lo sustenta Wagnild y Young (1993) quien refiere es la persistencia es, tener un fuerte deseo de logro, de continuar luchando para construir la vida de uno mismo y de practicar la autodisciplina.

Por último en el objetivo específico 5: Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019. se aplicó la R de Pearson, estableciéndose una correlación moderada de $-0,523$. Por otro lado, la t calculada es mayor que la t teórica ($t_c = -2.88 > t_t = -1.71$), a su vez como p es menor que Alfa ($p = 0.004 < \alpha = 0.05$). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_5).

En los resultados de la dimensión satisfacción personal se puede observar de la muestra que un 62.5% se ubican en el nivel alto; seguido del 29.2% se ubican en el nivel medio; finalmente un 8.3% se encuentra en un nivel bajo.

Similares resultados obtuvieron Osorio (2017) en su investigación “Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica Oncosalud del distrito de San Borja” – Perú, que en respecto a las dimensión de satisfacción personal en el total de la muestra, se puede observar que el mayor porcentaje presentó un nivel medio de resiliencia, donde demuestra que el paciente con cáncer tiene la capacidad para comprender el valor y significado de su propia vida, tienen un gran valor y trascienden la situación vivida. Esta coincidencia con

nuestra investigación se debe a que el paciente oncológico tiene la capacidad para comprender el valor y significado de su propia vida es muy valiosa a pesar de enfrentarse a una enfermedad muy complicada como el cáncer. Según lo sustenta Wagnild y Young (1993), menciona que esto implica entender que la vida tiene un significado, así como, evaluar las propias contribuciones y que a raíz de la enfermedad lo ven como oportunidad para hacer las cosas que a la fecha no lo hicieron llegando a concretizar deseos que quizá no lo hubieran realizado postergándolo y quizá nunca cumplido el deseo.

Respecto a la presente investigación cabe resaltar que no fue posible comparar estos resultados con otros estudios realizados en la region, debido a que no se han encontrado otras investigaciones relacionadas a depresión y resiliencia en pacientes oncológicos.

Para finalizar esta investigación, estos resultados pueden servir de base para realizar estudios que se relacionen con nuestras variables, así mismo servirá para la implementación de proyectos o programas que tengan que ver con el fortalecimiento de la resiliencia en pacientes oncológicos, teniendo en cuenta que los pacientes en nuestra localidad cuentan con una resiliencia alta, asumiendo que cada vez existen mayores índices de pacientes oncológicos, se observa que este problema se da a nivel mundial y en nuestra región, causando más índices de mortalidad y baja calidad de vida, y su efecto es cada vez más notorio, pues es una enfermedad que se ha convertido en un problema de salud social a nivel mundial.

CONCLUSIONES

- Las teorías utilizadas en esta investigación no detallan la relación específica entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos, sin embargo, esta investigación a permitido determinar que las variables si están relacionadas, con un $p= 0,000$.
- Se ha establecido la relación entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, concluyendo que existe una relación inversa entre ambas variables, por lo que, a mayor resiliencia, menor depresión en los pacientes.
- Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, concluyendo en una relación inversa entre estas variables.
- Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, concluyendo en una relación inversa entre estas variables.
- Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, concluyendo en una relación inversa entre estas variables.
- Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, concluyendo en una relación inversa entre estas variables.
- Se ha determinado la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico

Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo-2019, concluyendo en una relación inversa entre estas variables.

- Respecto a la hipótesis general concluimos que, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1); por lo que afirmamos que existe relación inversa entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.
- Respecto a la hipótesis específica 1 concluimos que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a) por lo que afirmamos que Existe relación inversa entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.
- Respecto a la hipótesis específica 2 concluimos que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a), por lo que afirmamos que existe relación inversa entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.
- Respecto a la hipótesis específica 3 concluimos que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a), por lo que afirmamos que existe relación inversa entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.
- Respecto a la hipótesis específica 4 concluimos que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a), por lo que afirmamos que existe relación inversa entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos

del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.

- Respecto a la hipótesis específica 5 concluimos que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a), por lo que afirmamos que existe relación inversa entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019.
- La siguiente investigación aporta datos importantes sobre la depresión y resiliencia en pacientes oncológicos en nuestra localidad – Huancayo, ya que hasta la actualidad no se contaba con ningún antecedente respecto a estas variables.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere la publicación de los resultados al tratarse de una investigación de nivel básica o teórica, pero si se sugiere una réplica del estudio de las variables con un mayor nivel de investigación a fin de conocer la aplicabilidad de los resultados.
- Mantener el tratamiento psicológico realizado en el hospital.
- Considerar la información obtenida en la Red Científica del hospital, como un estudio realizado para conocer el estado de los pacientes del Servicio de Oncología y sea de aporte para futuros estudios.
- Se sugiere un tratamiento cauteloso de los resultados hallados en esta investigación a fin de evitar sesgos en su interpretación, pues solo son generalizables a la población estudiada.
- Se sugiere a los profesionales de la salud mental que laboran en la institución tomar en cuenta los resultados aquí descritos sobre las variables de depresión y resiliencia, si se desea disminuir la depresión en los pacientes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, C. A. (2016). *La resiliencia y su incidencia en el proceso terapeutico de las pacientes con cáncer de mama, de la sociedad de lucha*. loja .
- Alba . G. (2009). *Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos*. Chile: Universidad Veracruzana.
- American Psychological Association. (2017). Trastornos depresivos.
- Ascencio, A. (2012). “*Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo*” . Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo .
- Association., A. P. (2000). DSM IV TR Diagnostic and Statistical Manual. *Mental Disorders*. Washington D.C.
- Baca, R. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*. Lima.
- Baca. R. . (2012). “*Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*”. Perú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Banco Mundial. (07 de abril de 2017). *BIRF AIF*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia, definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicología clínica*.
- Beck. A Teoría de La triada cognitiva (1979)
- Bracamonte, A. B., & Díaz, D. (2015). *Depresion y resiliencia en pacientes con cancer de cuello uterino de un Hospital de Chiclayo*. Chiclayo.
- Bunge, M. (2010). *Las pseudociencia*. Pamplona - España: Laetoli.
- Calcina, M. (2013). Depresión.
- Carmen Navas, D. Z. (Diciembre de 2009). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000400010
- Cepvi. (12 de julio de 2019). *Episodios depresivos*. . Obtenido de <http://www.cepvi.com/index.php/recursos/cie10/f32-episodios-depresivos?start>
- CHICO. (25 de JULIO de 2019). Obtenido de <https://www.infobae.com/salud/2017/06/10/los-ultimos-y-prometedores-avances-contra-el-cancer/>
- Chico, M. M. (2017). “*Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama*. ambato-ecuador.
- Clínic, F. (2019). *Trastorno Limite*. Obtenido de Trastorno Limite: <https://www.trastornolimite.com/trastornos/la-depresion>

- Crispin, Maria Soledad Flores. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03*. Lima.
- Cruz, R. (2013). *Psicooncología*.
- Del Águila, M. (2003). *Niveles de resiliencia en adolescentes según género y nivel socioeconómico*. Lima - Perú: Universidad Femenina del Sagrado Corazón.
- depression, E. a., & European Alliance Against Depression. (01 de JULIO de 2019). *iFightDepression*. Obtenido de iFightDepression: <https://ifightdepression.com/es/for-all/causes>
- Diario Correo. (26 de abril de 2017). Cuidado: 4 de 10 menores sufren de depresión en la región y cifra podría elevarse . *Correo*, págs. <https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/cuidado-4-de-10-menores-sufre-depresion-en-la-region-y-cifra-podria-elevarse-745973/>.
- Diaz Nizama, D. L. (2013). *Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo*. Chiclayo: Concytec.
- Dirección Regional de Salud. (22 de febrero de 2019). *21 casos de intento de suicidio se registraron el 2018 en la región junín*. Obtenido de http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019022244_21_casos_de_intento_de_suicidio_se_registraron_el_2018_en_la_region_junin/
- Emin3m. (12 de julio de 2019). *Episodios depresivos*. . Obtenido de <https://es.slideshare.net/emim3m/f32-episodio-depresivo>
- Encuesta Europea De Salud. (20 de julio de 2019). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p01/&file=12012.px>
- García, C. F. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres de Puerto Rico. *Dialnet*, 109 - 126.
- Gaspar, F. M. (20 de julio de 2019). *Tesis*. Obtenido de tesis: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1
- Gonzales, M. A. (25 de julio de 2019). *El Comercio* . Obtenido de El Comercio : <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188>
- Gonzalez, M. T. (2016). *Resiliencia en adolescentes y jóvenes adultos con Cáncer: Factores e intervenciones*. Barcelona : Departamento de Enfermería.
- Hayes , B. (1999). *Como medir la satisfacción del cliente :diseño de encuestas, uso y metodo de analisis estadistico*. Mexico .D.F Oxford University Press : 2a ed. .
- Hernandez Sampieri , R., & Mendoza Torres, C. P. (2018).
- Hernandez Sampieri , R., & Mendoza Torres, C. P. (2018).
- Hernandez Sampieri, R., & Mendoza Torres , C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Quinta edición Grupo Infagon, s.f.

- Instituto Nacional Del Cancer*. (9 de febrero de 2015). Obtenido de Instituto Nacional Del Cancer: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Jose Dahab, Carmela Rivadeneira, Ariel Minici. (2002). *la depresion desde la perspectiva cognitivo conductual* . *revista de terapia cognitiva conductual* .
- Landeau, R. (12 de julio de 2019). *Diseño y desarrollo del proyecto de investigacion*. Obtenido de <https://se59ec0beb4cda07c.jimcontent.com>
- López, D. (2016). *Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca*. Juliaca.
- Ludena, L. (28 de julio de 2019). *La Republica*. Obtenido de La Republica: <https://larepublica.pe/sociedad/1179489-minsa-propone-a-peru-como-sede-de-proxima-reunion-sobre-atencion-primaria-de-salud/>
- Manciaux. (2014). *Master en la solución de conflictos*. Valencia: Universidad Católica de Valencia España.
- Martel, W. C. (25 de julio de 2019). *Perú 21*. Obtenido de Perú 21: <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>
- Martin, V. S. (20 de julio de 2019). *Fin de Grado*. Obtenido de Fin de grado: file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/TFG_SevillaMartin,Vanesa.pdf
- Martinez, M. C. (2017). *Resiliencia y calidad de vida en paciente mujeres con cancer de mama*. Ambato- Ecuador : Universidad Tecnica de Ambato .
- Martínez, R. (2009). *Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos*. Mexico: Escuela de Psicología. Universidad Autónoma.
- Masten, A. S. (1999). Ordinary magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. Vol. 56. No 3., 227 – 238.
- Matamala, M. E. (20 de julio de 2019). *Tesis*. Obtenido de Tesis: <http://repopib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1437/1/Espinoza%20Alveal%2C%20Maria%20Aurora.pdf>
- Medina, R. (25 de julio de 2019). *La Republica*. Obtenido de La Republica: <https://larepublica.pe/sociedad/1197071-el-80-de-peruanos-con-trastornos-mentales-no-recibe-tratamiento/>
- Mendoza. (2003). Lima.
- Mera. P. (2012). *La Relación del Optimismo y las Estrategias de Afrontamiento con la Calidad de Vida de Mujeres con Cáncer de Mama y Cérvico Uterino*. Chile: Universidad de la frontera.
- Mimenza, O. C. (s.f.). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-endogena>
- Molero Osorio, M. (2017). *Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica oncosalud del distrito de San Borja*. Lima - Perú: Renati.

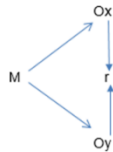
- Monteagudo. (2016). *La resiliencia en pacientes oncológicos de Castelló*. España.
- Olsson, C. (2003). Resiliencia en la adolescencia, un análisis del concepto. *Diario del adolescente*, 22.
- Oncology, A. S. (2018). *Cáncer.net*. Obtenido de Cáncer.net:
<https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/manejo-de-las-emociones/depresi%C3%B3n>
- Organización Mundial de la Salud. (09 de octubre de 2012). *OMS*. Obtenido de
https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Organizacion Mundial De La Salud. (2017). *OMS. organizacion mundial de la salud*. (s.f.). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud:
<https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Ortiz, C. . (2018). *Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional*. Lima.
- Panez, R. y. (2000). *Resiliencia en el ande*. Lima: P&S Ediciones.
- Perú 21;. (03 de febrero de 2018). Perú 21. *Menores ocupan el 70% de atenciones en Salud Mental*, págs. <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>.
- Psicomed. (2017). *CIE 10*.
- Pydesalud. (12 de julio de 2019). *Episodio depresivo*. . Obtenido de
http://www.pydesalud.com/my_keywords/episodio-depresivo-leve/.
- Ramirez . (1997).
- Richardson, N. (2002). *Resiliencia individual y familiar, Riesgo, Protección, Intervención social y familiar*. España.
- Rodríguez, M. F. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 24-49.
- Salvatierra, E. R. (2017). *Nivel de depresión y solución de conflictos en estudiantes de psicología*. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes.
- Shaikh, A. &. (2010). *Deconstructing resilience: Myriad conceptualizations and interpretations*. Toronto: IJAS Conference for Academic Disciplines.
- Society, A. C. (10 de Mayo de 2019). *American Cancer Society*. Obtenido de
<https://www.cancer.org/es/tratamiento/atencion-en-la-etapa-final-de-la-vida/aflccion-y-perdida/proceso-de-duelo.html>
- Torres, A. (2018). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente:
<https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-exogena>
- Triola, M. (2009). *Estadística*. Mexico: Decima .
- Valdez, N. G. (2011). *RESILIENCIA EN MADRES E HIJOS CON CÁNCER*. Mexico : Universidad Autonoma del Estado de Mexico.

- Valencia, U. I., & Universidad Internacional De Valencia. (01 de Julio de 2019). *VIU*.
Obtenido de VIU: <https://www.universidadviu.com/5-sintomas-la-depresion-exogena/>
- Vanistendael, S. (2005). *La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos*. Madrid: 2º Congreso internacional de los trastornos de comportamiento en niños adolescentes.
- Vara , H. (2015). Desde la idea hasta la sustentacion 7 pasos para una tesis exitosa.
- Vara, A. (12 de julio de 2015). Desde la idea hasta la sustentacion: 7 pasos para una tesis exitosa. En A. V. Horna. Obtenido de <http://www.administracion.usmo.edu.pe>
- Vásquez, L. (2001). *Trastornos Psicológicos y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama*. Lima: Escuela de Psicología Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Venegas, L. (2009). *Estadísticas sobre depresión*.
- Villalobos, G. T. (2018). *Resiliencia y ajustes mentales en mujeres con cancer de mamas y quimioterapia*. Lima: Universidad San Martín De Porras
- Wagnild, G. &. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Yazmin Monteagudo, A. V. (2016). *Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón*. Castellón - ESPAÑA: ResearchGate.
- Zanier, J. L. (2003). *Afrontamiento y calidad de vida: un estudio de pacientes con cáncer*. Argentina: Escuela de Psicología. Universidad de la Plata.
- Zoch, C. (2002). Depresión. *Temas de psiquiatría para el médico general*. 96 - 100.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

DEPRESION Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO -2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>GENERAL. ¿Cuál es la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019?</p>	<p>GENERAL Establecer la relación que existe entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019</p>	<p>GENERAL Existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019</p>	<p>VARIABLE 1: DEPRESION DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VISIÓN NEGATIVA DE SÍ MISMO • VISIÓN NEGATIVA DEL ENTORNO • VISIÓN NEGATIVA DEL FUTURO 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Es de tipo no experimental</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN Descriptiva</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Correlacional</p>
<p>ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019? • ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019? • ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019? • ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia 	<p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 • Determinar la relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 • Determinar la relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 • Determinar la relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo – 2019. 	<p>ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre depresión y la dimensión ecuanimidad de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 • Existe relación entre depresión y la dimensión sentirse bien solo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 • Existe relación entre depresión y la dimensión confianza en sí mismo de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 • Existe relación entre depresión y la dimensión perseverancia de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico 	<p>VARIABLE 2: RESILIENCIA DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECUANIMIDAD • SENTIRSE BIEN SOLO • CONFIANZA EN SI MISMO • PERSEVERANCIA • SATISFACCION PERSONAL 	 <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • M: Pacientes Oncológicos del hospital regional materno infantil el Carmen. • Ox: DEPRESION • Oy: RESILIENCIA • R: Es el símbolo de la correlación entre los datos de las dos variables en estudio. <p>POBLACIÓN Población de 24 pacientes hospitalizados oncológicos.</p> <p>MUESTRA Muestra censal de 24 pacientes oncológicos</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Técnica Encuesta</p>

<p>en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 	<p>Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación entre depresión y la dimensión satisfacción personal de la resiliencia en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2019 		<p>Instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II). Escala de Resiliencia. Wagnild y Young</p> <p>TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS: Tablas y gráficos, r de Pearson</p>
--	---	---	--	---

Anexo 2. Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE N° 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDIDA
Depresión	Aarón Beck (1979) El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. a este esquema se le conoce como la triada cognitiva.	La variable depresión se mide a través de las dimensiones: Visión negativa de sí mismo, visión negativa del entorno y visión negativa del futuro	Visión negativa de sí mismo	<p>medir la tristeza</p> <p>medir la posibilidad de experimentar sentimientos de culpa.</p> <p>medir los sentimientos de castigo</p> <p>medir la posibilidad de no aceptarse así mismo.</p> <p>medir el exceso de autocrítica</p> <p>medir pensamientos suicidas</p> <p>medir la presencia de llanto</p> <p>medir la capacidad de tomar las propias decisiones y auto dirigirse.</p> <p>medir la capacidad de valoración a sí mismo</p> <p>medir la pérdida de energía</p> <p>medir la capacidad de conciliar el sueño</p> <p>medir la disposición a responder con irritabilidad o enojo.</p> <p>medir la capacidad de mantener una alimentación adecuada.</p> <p>medir el interés de la persona por el sexo</p>	1,5,6,7,8,9,10,13,14,15,16,17,18,21	Ordinal
			Visión negativa del entorno	<p>medir la actitud frente al fracaso.</p> <p>medir la pérdida de interés</p> <p>medir la capacidad de sentir placer</p> <p>medir la posibilidad de distracción</p> <p>medir la capacidad de energía para emprender actividades</p>	3,12,4,19,20	
			Visión negativa del futuro	medir el pesimismo	2	

VARIABLE N° 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDIDA
Resiliencia	Wagnild y Young (1993) Define que resiliencia es un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos componentes incluyen la ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción.	La variable resiliencia se mide a través de las dimensiones ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción	Ecuanimidad	medir los proyectos a futuro que tiene la persona medir la autoconfianza medir la esperanza en el futuro medir la forma desordena en la que realiza una actividad	7, 8, 11, 12	Ordinal
			Sentirse bien solo	medir la capacidad de estar solo medir la dependencia del evaluado medir el conocimiento de resolver conflictos	5, 3, 19	
			Confianza en sí mismo	medir la satisfacción de logro medir la forma de conocimiento medir la capacidad de decisión del evaluado medir la forma de afrontamiento medir el nivel de confianza que se tiene el evaluado mide el nivel de confianza de la persona medir la capacidad de energía para realizar una actividad	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24	
			Perseverancia	medir la capacidad de desicion medir el nivel de confianza que tiene el evaluado presenta interés hacia su entorno presenta autodisciplina medir la capacidad de energía para realizar una actividad mide la capacidad de tolerancia medir la capacidad de resolución de problemas	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23	
			Satisfacción	medir si el evaluado a menudo se ríe medir el valor que le da a la vida medir la percepción del evaluado respecto a cuan confiable es para los demás medir la capacidad de poder evaluar una situación de diferentes perspectivas	16, 21, 22, 25	

Anexo 3. Instrumentos de Recolección de Datos

INVENTARIO DE BECK

A continuación, usted tendrá que leer las afirmaciones de cada grupo y elegir solo una opción marcando con una (X), de acuerdo a sus sentimientos, durante la última semana, incluido el día de hoy.

En este cuestionario no existen respuestas malas ni buenas, sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

Edad: Sexo: (F) (M)

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Universitaria ()



1	Tristeza	
	No me siento triste.	
	Me siento triste gran parte del tiempo.	
	Me siento triste todo el tiempo.	
	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	
2	Pesimismo	
	No estoy desalentado respecto del mi futuro.	
	Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.	
	No espero que las cosas funcionen para mí.	
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que las cosas puede empeorar.	
3	Fracaso	
	No me siento como un fracasado.	
	He fracasado más de lo que hubiera querido.	
	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	
	Siento que como persona soy un fracaso total.	
4	Pérdida de Placer	
	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	
	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	
	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	
	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
5	Sentimientos de Culpa	
	No me siento particularmente culpable.	
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	

	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	
	Me siento culpable todo el tiempo.	
6	Sentimientos de Castigo	
	No siento que este siendo castigado.	
	Siento que tal vez pueda ser castigado.	
	Espero ser castigado.	
	Siento que estoy siendo castigado.	
7	Disconformidad con uno mismo.	
	Siento acerca de mi lo mismo que siempre.	
	He perdido la confianza en mí mismo.	
	Estoy decepcionado conmigo mismo.	
	No me gusto a mí mismo.	
8	Autocrítica	
	No me critico ni me culpo más de lo habitual.	
	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	
	Me critico a mí mismo por todos mis errores.	
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	
9	Pensamientos o Deseos Suicidas	
	No tengo ningún pensamiento de quitarme la vida .	
	He tenido pensamientos de quitarme la vida, pero no lo haría.	
	Quisiera quitarme la vida.	
	Me quitaría la vida si tuviera la oportunidad de hacerlo.	
10	Llanto	
	No lloro más de lo que solía hacerlo.	
	Lloro más de lo que solía hacerlo.	
	Lloro por cualquier pequeñez.	
	Siento ganas de llorar pero no puedo.	
11	Agitación	
	No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.	
	Me siento más inquieto o tenso de lo habitual.	
	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	
	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	
12	Pérdida de Interés	
	No he perdido el interés en otras actividades o personas.	
	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	
	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	

	Me es difícil interesarme por algo.	
13	Indecisión	
	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	
	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	
	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	
	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	
14	Desvalorización	
	No siento que yo no sea valioso.	
	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	
	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	
	Siento que no valgo nada.	
15	Pérdida de Energía	
	Tengo tanta energía como siempre.	
	Tengo menos energía que la que solía tener.	
	No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.	
	No tengo energía suficiente para hacer ninguna actividad.	
16	Cambios en los Hábitos de Sueño	
	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	
	Duermo un poco más de lo habitual.	
	Duermo un poco menos de lo habitual.	
	Duermo mucho más de lo habitual.	
	Duermo mucho menos de lo habitual.	
	Duermo la mayor parte del día.	
	Me despierto 1-2 horas más temprano de lo normal y no puedo volver a dormirme .	
17	Irritabilidad	
	No estoy tan irritable de lo habitual.	
	Estoy más irritable de lo habitual.	
	Estoy mucho más irritable de lo habitual.	
	Estoy irritable todo el tiempo.	
18	Cambios en el Apetito	
	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	
	Mi apetito es un poco menor de lo habitual.	
	Mi apetito es poco mayor de lo habitual	
	Mi apetito es mucho menor que antes.	
	Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.	

	No tengo apetito en absoluto.	
	Quiero comer todo el día.	
19	Dificultad de Concentración	
	Puedo concentrarme tan bien como antes lo hacía.	
	No puedo concentrarme tan bien como antes lo hacía.	
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	
	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	
20	Cansancio o Fatiga	
	No estoy más cansado o fatigado de lo habitual.	
	Me fatigo o me canso más fácilmente de lo habitual.	
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer .	
21	Pérdida de Interés en el Sexo	
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	
	Estoy mucho menos interesado en el sexo.	
	He perdido completamente el interés en el sexo.	

ESCALA DE WAGNILD Y YOUNG

Edad: **Sexo:** (F) (M)

INTRUCCIONES: Elige una alternativa y Marca con una (x) las afirmaciones con la que se identifica

1. Cuando planeo algo lo realizo.

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

3. Dependo más de mi mismo que de otras personas

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

4. Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

5. Puedo estar sólo si tengo que hacerlo

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

6. Me siento orgulloso (a) de todo lo que he logrado en mi vida

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

7. Usualmente veo las cosas a largo plazo

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

8. Soy amigo de mi mismo

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

10. Soy decidida (o)

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de las cosas

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

12. Realizo o resuelvo las cosas una a la vez

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

14. Tengo auto disciplina

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

15. Me mantengo interesado en las cosas

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

16. Por lo general encuentro algo de qué reírme

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

18. En una emergencia soy una persona en quién se puede confiar

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

20. Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

21. Mi vida tiene significado

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro salida

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	



24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer y quiero hacer

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

25. Acepto que hay personas a los que yo no les agrado

1.-Totalmente en desacuerdo	2.-Bastante en desacuerdo	3.- En desacuerdo	4.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5.-De acuerdo	6.-Bastante de acuerdo	7.- Totalmente de acuerdo	

Anexo 4. Documento de Autorización de la Institución

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL R.D.C.Q. "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO
OFICINA DE APOYO A LA CAPACITACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

Huancayo, 24 de julio del 2019.

CARTA N° 236 -2019-HRDCQ-DAC-HYO-OACDEL

Señora:
Dr. Henry, VALENTIN BEJARANO.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA.

PRESENTE.-


ASUNTO: TRABAJO DE INVESTIGACION.

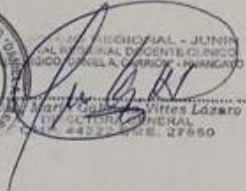
REFERENTE: FUT con Expediente N° 2392917.

Por medio de la presente es grato dirigirme a Ud., para saludarlo cordialmente, a nombre del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A. Carrión y la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, en atención al documento de la referencia; con la **Evaluación y Aprobación del Presidente del Comité de Investigación del Hospital** y el visto bueno de la jefatura de la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, comunico la **AUTORIZACION**, del uso de campo clínico, para la **ejecución**, del proyecto de tesis titulado **"DEPRESION Y RESILENCIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2019"**, presentado por Br. doña: **Leslie, CARDENAS PEREZ y Cristiam Meyer, MENDOZA JURADO**, para obtener el título Profesional de **PSICOLOGO**, estudiantes de la Universidad Peruana los Andes.

En espera de la atención a la presente, solicito brindarle las facilidades del caso, reciba Ud., las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.





Cc
Archivo.
MGVLACTYQ
MDS:unimf
Interesado(a)

HRDCQ "DAC" - HYO	
REG N°	3524609
FOLIO N°	2392917

AV. DANIEL A. CARRIÓN N° 1550-1552-TELEFAX 064-222157

Anexo 5. Confiabilidad del Instrumento

Inventario de Depresión

Tabla N° 2

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	5	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.896	5

*Fuente: Base de datos SPSS***Resultado: El instrumento es confiable**

El índice de alfa de Cronbach es 0.896 lo cual determina un **nivel bueno de/852 confiabilidad del instrumento.**

Escala de Resiliencia

Tabla N° 3

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	5	100.0
	Excluidos ^a	0	0.0
	Total	5	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.972	5

*Fuente: Base de datos SPSS***Resultados: El instrumento es confiable**

El índice de alfa de Cronbach es 0.972 lo cual determina un **nivel excelente de confiabilidad del instrumento**

Anexo 6. Validez del Instrumento por criterio de jueces

Constancia

Juicio de experto

Yo, Arriarán Rivera, Ray Lennon con
Documento Nacional de Identidad No. 10772074 certifico que realicé el juicio
de experto al instrumento presentado por los bachilleres en psicología CARDENAS PEREZ
LESLIE KATHERINE Y MENDOZA JURADO CRISTIAN MEYER, en la investigación
titulada: **DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN
HOSPITAL DE HUANCAYO, 2019**

Huancayo, 19 julio del 2019




FIRMA

Constancia

Juicio de experto

Yo, Jeanet Angela Carrillo Chafre con Documento Nacional de Identidad No 19986800 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por los bachilleres en psicología CARDENAS PÉREZ LESLIE KATHERINE Y MENDOZA JURADO CRISTIAM MEYEER, en la investigación titulada. DEPRESION Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2019

Huancayo, 23 julio del 2019



Jeanet Angela Carrillo Chafre
PSICÓLOGA
C. N. P. 15623

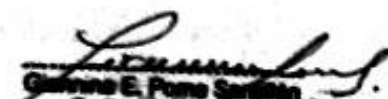
.....
FIRMA

Constancia

Juicio de experto

Yo, Gianina Elena Poma Santillan con Documento Nacional de Identidad No. 41004120 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento presentado por los bachilleres en psicología CARDENAS PEREZ LESLIE KATHERINE Y MENDOZA JURADO CRISTIAM MEYEER, en la investigación titulada: **DEPRESION Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO, 2019**

Huancayo, 23 julio del 2019


Gianina E. Poma Santillan
C. P. P. 41004120
PSICOLOGA

FIRMA

RESILIENCIA

RESILIENCIA																																					
Ecuanimidad					Sentirse bien solo					Confianza en sí mismo							Perseverancia							Satisfacción													
P7	P8	P11	P12		P5	P3	P19			P6	P9	P10	P13	P17	P18	P24			P1	P2	P4	P14	P15	P20	P23	P16	P21	P22	P25								
1	7	6	5	6	24	Alto	7	5	6	18	Alto	7	7	7	7	6	6	47	Alto	6	6	6	6	5	4	5	38	Alto	5	7	6	4	22	Alto	149	alto	
2	6	5	4	5	20	Alto	5	5	6	16	Alto	7	5	6	5	6	5	6	40	Alto	7	6	5	4	5	5	6	38	Alto	4	5	6	4	19	Alto	133	alto
3	6	5	4	3	18	Medio	6	6	4	16	Alto	7	6	7	6	6	5	4	41	Alto	7	5	5	6	4	5	6	38	Alto	4	7	5	4	20	Alto	133	alto
4	3	2	2	3	10	Bajo	3	2	3	8	Bajo	2	2	2	1	2	4	4	17	Bajo	3	2	5	4	3	2	4	23	Bajo	5	3	5	4	17	Medio	75	alto
5	6	6	5	4	21	Alto	6	6	5	17	Alto	7	3	5	6	6	6	7	40	Alto	6	7	6	5	6	3	6	39	Alto	3	7	6	4	20	Alto	137	alto
6	5	5	6	5	21	Alto	5	7	5	17	Alto	7	6	5	5	5	5	3	36	Alto	5	7	5	2	5	5	5	34	Alto	5	5	6	5	21	Alto	129	alto
7	6	5	3	6	20	Alto	6	6	6	18	Alto	7	6	7	7	7	7	5	46	Alto	3	5	5	6	4	3	6	32	Medio	3	7	6	4	20	Alto	136	alto
8	6	5	5	6	22	Alto	6	6	5	17	Alto	5	3	6	5	6	6	7	38	Alto	5	5	7	5	6	5	5	38	Alto	4	6	5	6	21	Alto	136	alto
9	6	5	6	5	22	Alto	6	5	6	17	Alto	6	3	6	6	6	6	7	40	Alto	5	5	6	6	5	5	6	38	Alto	5	7	5	7	24	Alto	141	alto
10	5	5	3	5	18	Medio	5	3	6	14	Medio	5	3	6	3	5	5	5	32	Medio	5	3	5	4	5	6	4	32	Medio	4	7	5	5	21	Alto	117	alto
11	5	6	6	5	22	Alto	3	5	6	14	Medio	5	3	3	3	5	4	5	28	Medio	3	4	3	4	6	5	3	28	Medio	3	6	5	4	18	Medio	110	alto
12	6	5	2	5	18	Medio	5	6	6	17	Alto	6	6	7	7	7	5	3	41	Alto	3	5	5	6	4	3	6	32	Medio	3	5	6	4	18	Medio	126	alto
13	3	5	3	5	16	Medio	2	3	6	11	Medio	5	5	6	3	5	6	5	35	Alto	5	6	5	5	5	3	6	35	Alto	5	6	5	3	19	Alto	116	alto
14	5	5	5	3	18	Medio	3	5	5	13	Medio	3	3	3	5	5	3	3	25	Medio	5	5	5	5	3	5	5	33	Medio	3	5	3	5	16	Medio	105	alto
15	3	5	5	3	16	Medio	3	3	5	11	Medio	5	3	3	5	5	5	2	28	Medio	5	5	5	5	3	5	5	33	Medio	3	2	2	5	12	Bajo	100	alto
16	5	5	6	6	22	Alto	5	6	5	16	Alto	5	5	6	2	5	5	2	30	Medio	5	5	5	5	6	5	5	36	Alto	5	7	2	5	19	Alto	123	alto
17	3	5	3	5	16	Medio	2	2	5	9	Bajo	5	3	5	3	5	5	5	31	Medio	5	5	5	5	5	3	6	34	Alto	5	6	5	5	21	Alto	111	alto
18	5	5	5	5	20	Alto	5	5	5	15	Alto	5	5	5	2	5	5	3	30	Medio	5	5	5	5	6	5	5	36	Alto	5	7	2	5	19	Alto	120	alto
19	7	7	5	5	24	Alto	3	5	5	13	Medio	7	4	5	3	5	5	5	34	Alto	3	7	5	5	5	1	3	29	Medio	5	5	5	5	20	Alto	120	alto
20	4	5	5	5	19	Alto	2	5	5	12	Medio	3	3	3	5	3	3	3	23	Bajo	3	5	3	5	3	5	5	29	Medio	5	3	5	5	18	Medio	101	alto
21	3	5	5	5	18	Medio	3	3	5	11	Medio	5	3	3	5	5	5	3	29	Medio	5	5	5	5	3	5	5	33	Medio	3	2	2	5	12	Bajo	103	alto
22	5	5	1	5	16	Medio	3	5	5	13	Medio	6	1	5	5	5	3	3	28	Medio	5	5	5	5	5	3	5	33	Medio	5	5	1	5	16	Medio	106	alto
23	3	5	3	5	16	Medio	2	3	6	11	Medio	6	3	6	3	5	6	5	34	Alto	5	6	5	5	5	4	6	36	Alto	6	6	5	5	22	Alto	119	alto
24	5	5	5	5	20	Alto	3	3	5	11	Medio	5	3	3	5	5	3	3	27	Medio	3	5	5	5	3	5	5	31	Medio	4	5	3	5	17	Medio	106	alto

Anexo 8. Consentimiento informado

INSTITUCION: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

INVESTIGADORES: Cardenas Perez Leslie Katherine
Mendoza Jurado Cristiam Meyeer

PROYECTO: DEPRESION Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS EN UN HOSPITALDE HUANCAYO – 2019.

Por medio del presente documento hago constar que acepto voluntariamente participar en la investigación titulada “DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO-2019”

Se me ha explicado que el propósito del estudio es: ESTABLECER LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE HUANCAYO 2019.

De igual manera se me explico que en los instrumentos utilizados solo deberé registrar mi edad, obviando los demás datos que puedan constituir peligro de vulnerar mi privacidad.

El personal que realizará la investigación es un personal calificado.

Firmo el documento como prueba de mi aceptación recibiendo previamente la información y objetivo del trabajo, además la información obtenida se manipulará con confidencialidad y solo con fines científicos.

Para cualquier información adicional sobre el proyecto puede llamar a los investigadores

Cardenas Perez Leslie Katherine 980585267

Mendoza Jurado Cristiam Meyeer 991087725

NOMBRES Y APELLIDOS	
DNI	
FIRMA	
FECHA	

HUELLA DIGITAL

Anexo 9. Fotos de la aplicación del instrumento

