

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con
cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría
JAMO II – Tumbes, 2018.**

TESIS

Para optar la licenciatura en Psicología

Autora: Br. Linci Smit Mendoza Peralta.

TUMBES, PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con
cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría
JAMO II – Tumbes, 2018.**

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dra. Barreto Espinoza Marilú Elena (Presidenta) _____

Dra. Eva Matilde Rhor García – Godos (Secretaria) _____

Mg. Carlos Alberto Coronado Zapata (Vocal) _____

TUMBES, PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes, 2018.

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y
forma.

Mendoza Peralta Linci Smit (Autora)

Mg. Ordinola Luna Alexander (Asesor)

TUMBES, PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tumbes, siendo las 9:00 horas del día lunes 12 de agosto del 2019, en los ambientes de la Escuela de Psicología de la FACSO, Universidad Nacional de Tumbes, se reunieron los miembros del Jurado Evaluador designado según la Resolución Decanal No. 022-2018 /UN TUMBES - FACSO-D, e integrado por los docentes: Dra. Marilú Elena Barreto Espinoza.(Presidenta), Dra. Eva Matilde Rhor García Godos (Secretaria) y Mg. Carlos Alberto Coronado Zapata (Vocal), para evaluar la sustentación de la tesis titulada: **"NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-TUMBES. 2018"** presentada por la bachiller de Psicología **LINCY SMIT MENDOZA PERALTA**

A las 9:00 horas con 00.00 minutos y de acuerdo a lo estipulado por el Reglamento respectivo, la Presidenta del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación de jurado lo declararon APROBADA con el calificativo CATORCE (14).

Por tanto la **Br. Lincy Smit Mendoza Peralta**, queda APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Siendo las DIEZ horas con VEINTE minutos, la Presidenta del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dra. Marilú Elena Barreto Espinoza
Presidenta


Dra. Eva Matilde Rhor García Godos
Secretaria


Mg. Carlos Alberto Coronado Zapata
Vocal

C.c.
Archivo
Decano
Jurado
Interesada

INFORME DE TURNITIN

Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría Jamo II – Tumbes, 2018.

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%	20%	2%	15%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	3%
2	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	psicologaymente.com Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	docplayer.es Fuente de Internet	1%
6	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uam.es Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	1%
10	hrjt.gob.pe Fuente de Internet	1%
11	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
13	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
14	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
15	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	1%
16	Submitted to Universidad Católica de Trujillo Trabajo del estudiante	1%
17	repositorio.uned.ac.cr Fuente de Internet	<1%
18	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1%
19	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1%
20	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1%

21	digibug.ugr.es Fuente de Internet	<1%
22	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1%
23	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
24	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
25	José Benjamín Guerrero-López, Danelia Mendieta Cabrera, María del Carmen Lara-Muñoz, Ricardo Ortiz García. "Evaluation of quality of life and depression in patients with rheumatoid arthritis in a General Hospital", Revista Colombiana de Reumatología (English Edition), 2018 Publicación	<1%
26	bitmed.med.uchile.cl Fuente de Internet	<1%
27	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Exclur bibliografia Activo

DEDICATORIA

A mis padres Santos Fermín Mendoza Olaya y Maryuri Yaqueline Peralta Quezada por sus consejos y confianza durante el desarrollo de la carrera profesional. A Roxana Sernaqué Yovera por su amistad incondicional.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a Dios, pues reconozco que la sabiduría viene de él y que todo esfuerzo siempre será bien recompensado.

A la Dra. Marilú Elena Barreto Espinoza, por haber brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico.

Índice General

INFORME DE TURNITIN	v
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
Índice General	xi
Índice de cuadros	xiii
Índice de anexos	xiv
Resumen	xv
Abstract	xvi
I. Introducción.....	17
II. Revisión de Literatura	21
Antecedentes	21
Antecedentes internacionales.	21
Antecedentes nacionales.	22
Ansiedad.....	23
Depresión	29
III. Materiales y Métodos	36
Tipo de estudio y diseño de contrastación de hipótesis	36
Tipo de investigación.....	36
Población.....	36

Muestra.....	37
IV. Resultados y discusión	40
Discusión de resultados.....	52
V. Conclusiones	56
VI. Recomendaciones	57
VII. Referencias bibliográficas	58

Índice de cuadros

Cuadro 1 Población de los pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II Tumbes, 2018.....	37
Cuadro 2 Muestra de los pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II Tumbes, 2018.....	38
Cuadro 3 Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II Tumbes, 2018.	40
Cuadro 4 Nivel de ansiedad.....	41
Cuadro 5 Nivel de depresión.....	42
Cuadro 6 Nivel de ansiedad en la dimensión subjetivo.	43
Cuadro 7 Nivel de ansiedad en la dimensión neurofisiológica.	44
Cuadro 8 Nivel de ansiedad en la dimensión autonómica.....	45
Cuadro 9 Nivel de ansiedad en la dimensión síntoma vasomotora.....	46
Cuadro 10 Nivel de depresión en la dimensión afectiva.....	47
Cuadro 11 Nivel de depresión en la dimensión motivacional.	48
Cuadro 12 Nivel de depresión en la dimensión cognitivo.....	49
Cuadro 13 Nivel de depresión en la dimensión conductual.....	50
Cuadro 14 Nivel de depresión en la dimensión física.....	51
Cuadro 15 Calificación e interpretación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)...	77
Cuadro 16 Calificación e interpretación del inventario de depresión de Beck.....	80

Índice de anexos

Anexo N°01: Matriz de consistencia.....	66
Anexo N°02: Cuadro de operacionalización de las variables	68
Anexo N°03: Resolución de aprobación del anteproyecto.	71
Anexo N°04: Resolución de aprobación del proyecto de tesis.	73
Anexo N°05: Consentimiento informado	75
Anexo N°06: Instrumento para la medición de ansiedad de beck	76
Anexo N°07: Instrumento para la medición de depresión	79

Resumen

La presente tesis tuvo como objetivo general determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018. La investigación es cuantitativa con un diseño no experimental, transversal-descriptivo. La muestra estuvo constituida por 78 pacientes diagnosticados con cáncer. Se utilizó dos encuestas: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Beck para evaluar depresión. Como resultados se obtuvo que el nivel de ansiedad de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en el 89.7% que corresponde al nivel de ansiedad muy baja, el 9.0% corresponde al nivel de ansiedad moderada y el 1.3% corresponde al nivel de ansiedad severa. El nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en el 57.7% que corresponde al nivel no hay depresión, el 30.8% corresponde al nivel de depresión moderada, el 10.3% corresponde al nivel de depresión leve y el 1.3% corresponde al nivel de depresión severa. Se concluyó que el nivel de ansiedad es muy bajo y el nivel de depresión indica que hay depresión en los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes.

Palabras Claves: Depresión, Ansiedad, Cáncer, Nivel, Pacientes.

Abstract

The present objective was to determine the level of anxiety and depression in patients diagnosed with cancer at the José Alfredo Mendoza Olavarría Regional Hospital JAMO II - Tumbes 2018. The research is quantitative with a non-experimental, cross-descriptive design. The sample consisted of 78 patients diagnosed with cancer. Two surveys were used: Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Inventory to assess depression. As a result, it was obtained that the level of anxiety of patients diagnosed with cancer was 89.7%, which corresponds to the very low level of anxiety, 9.0% corresponds to the level of moderate anxiety and 1.3% corresponds to the level of severe anxiety. The level of depression of patients diagnosed with cancer was 57.7% corresponding to the level there is no depression, 30.8% corresponds to the level of moderate depression, 10.3% corresponds to the level of mild depression and 1.3% corresponds to the level of severe depression. It was concluded that the level of anxiety is very low and the level of depression indicates that there is depression in patients diagnosed with cancer at the José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes Regional Hospital.

Keywords: Depression, Anxiety, Cancer, Level, Patients.

Capítulo I

Introducción

Beck y Clark (1985) conceptualiza la ansiedad como síntomas emocionales negativos que la persona posee, tales como sentirse nervioso, sentir que su corazón acelera rápidamente, así como también sudoración y movimientos corporales.

Beck (1979) menciona que la depresión es la consecuencia de una equivocada interpretación de los hechos y contextos que tiene que confrontar el ser humana, según este autor menciona que las personas piensan que al padecer depresión su ambiente y acciones serán difícil en enfrentar.

Según el análisis de la situación del cáncer en el Perú, la situación en Tumbes en el año 2011, se encontró que el cáncer de estómago fue de un (12%), cáncer de hígado (8%), cáncer de próstata (15%), cáncer de cérvix (38%), cáncer de mama (7%) y el cáncer de colon en un (6%).

Lamentablemente la realidad Tumbesina no cuenta con ningún especialista en oncología clínica lo cual hace que las personas lleven su tratamiento en otras partes del Perú, sumándole a esto la depresión y la ansiedad que los pacientes con cáncer pueden presentar a lo largo de su enfermedad, es por ello que se realizara esta investigación ya que las personas que son diagnosticadas con cáncer puede presentar un nivel de ansiedad lo cual hace que tenga sentimientos de aprensión, incertidumbre, temor sin estímulo, así mismo acompañado con cambios fisiológicos, siempre están con la incertidumbre que algo les va a pasar.

En caso de la depresión, los pacientes se caracterizan por un pesimismo ante su diagnóstico y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso; a veces sentimiento de culpa, preocupación excesiva, por su futuro y lo que conlleva tener

cáncer; a esto, sumándole los síntomas de la enfermedad, el cuadro clínico será complicado, el paciente no tendrá el interés de comenzar o seguir con su tratamiento, ya que sentirá que lo que hace no tiene sentido, por la recurrente idea de que va a morir.

Básicamente se planteó que las personas al enterarse de su diagnóstico y lo que conllevará su vida a partir de ese momento, va a entrar en episodio de tristeza ya sea a mayor o menor grado, lo cual también desarrollará la ansiedad por todo lo que va a tener que enfrentar.

Es por ello que surge la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018?

Como objetivo general se buscó determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018; así como identificar el nivel de las dimensiones de la variable ansiedad: dimensión subjetivo, neurofisiológico, autonómico y de síntomas vasomotores en los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018.

Así mismo, identificar el nivel de las dimensiones de la variable depresión: dimensión afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física en los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018.

Esta tesis justifica su importancia ya que se realizará con el fin de contribuir de manera social, académica y metodológica. Desde el ámbito social, esta tesis contribuirá en una nueva percepción de las personas, respecto a los pacientes con cáncer, como personas que tienen una dolencia, pero no incapaces de realizar sus actividades

diarias, ni sujetas a rechazo, pena o lástima.; partiendo de una posterior sensibilización.

Desde el ámbito académico, este estudio podrá aportar en futuras investigaciones y ampliar los conocimientos en relación a la sintomatología de ansiedad y depresión en los pacientes con problemas oncológicos describiendo las implicancias de esta en el estado físico, psicológico y emocional, de quienes la padecen.

Desde el ámbito metodológico esta tesis permitirá incentivar a investigaciones similares que incluyan las variables ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, de la localidad de Tumbes, considerándolo como antecedente en el tema.

Para esta investigación se emplearon dos instrumentos, el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el inventario de Beck para evaluar depresión.

Se planteó como H_i : Los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría Jamo II - Tumbes 2018, presentan un nivel de ansiedad y depresión alto; mientras que la H_o : Los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría Jamo II - Tumbes 2018, no presentan un nivel de ansiedad y depresión alto.

H_1 : El nivel de la dimensión subjetivo en la variable ansiedad es alto.

H_2 : El nivel del factor neurofisiológico en la variable ansiedad es alto.

H_3 : El nivel de la dimensión autonómico en la variable ansiedad es alto.

H_4 : El nivel de la dimensión síntomas vasomotoras en la variable ansiedad es alto.

H_5 : El nivel de la dimensión afectiva en la variable de depresión es alto.

H_6 : El nivel de la dimensión motivacional en la variable de depresión es alto.

H_7 : El nivel de la dimensión cognitiva en la variable de depresión es alto.

H_8 : El nivel de la dimensión conductual en la variable de depresión es alto.

H_9 : El nivel de la dimensión física en la variable de depresión es alto.

Esta investigación se estructura de la siguiente manera:

La primera parte está compuesta por la introducción que constituye; el planteamiento del problema, la situación problemática, la formulación del problema, la justificación, los objetivos, formulación de las hipótesis.

En la segunda parte, Marco teórico que comprende los antecedentes, las bases teóricas, definición de términos básicos, ansiedad y cáncer, depresión y cáncer y los factores que influyen en la adaptación al cáncer.

En la tercera parte, se desarrolló los materiales y métodos (tipo de estudio y diseño de contrastación de hipótesis, población, muestra, métodos de investigación y procesamiento y análisis de datos).

En la cuarta parte, se exponen por los resultados de la investigación.

En la quinta parte, se desarrolló la discusión de los resultados.

En la sexta parte, se detallan las conclusiones de la investigación. En la séptima parte, las recomendaciones y en la octava parte, las referencias bibliográficas.

Finalmente, en la novena parte, los anexos.

Capítulo II

Revisión de literatura

Antecedentes

Antecedentes internacionales.

Del Pino (2012), en su tesis “Prevalencia de depresión en personas diagnosticadas con cáncer que persisten en el hospital y su conexión con los exteriores sociodemográficos y médicos del padecimiento”. Buscó establecer la prevalencia de depresión en personas diagnosticadas con cáncer. La población se conformó de 246 personas diagnosticadas con cáncer, se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y un cuestionario sociodemográfico. Utilizó un estudio analítico, transversal, de corte prevalencia. Los resultados fueron de 17.1% de depresión y la de ansiedad del 22.4%. Si hay un vínculo estadísticamente demostrativo entre ansiedad y depresión.

González, Tenorio y Ventimilla (2015), en su tesis “Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía, y ginecología”. Buscó establecer la prevalencia y los elementos de riesgo de ansiedad y depresión, el diseño de la investigación es el estudio transversal. La población fue de 365 pacientes. Utilizando la escala para ansiedad y depresión hospitalaria, y un cuestionario de sociodemográfico. Los resultados fueron que la prevalencia de ansiedad fue de 21.1% y de depresión 28.8 %. Por lo tanto, la conclusión es que la continuidad de depresión y ansiedad es alta y los factores familiares y de convivencia son los más influyentes.

Durand (2017), en su tesis “Resiliencia y afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad con mujeres con cáncer de mama”, buscó identificar los recurso

psicológicos que son resiliencia y afrontamiento y su posible relación con el desarrollo de dos trastornos psiquiátricos: depresión y/o ansiedad. El diseño es el estudio transversal. Utilizo un formato de datos demográficos, formatos de datos clínicos, escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), entrevista neuropsiquiatría internacional, cuestionario de afrontamiento al cáncer (CCQ), escala de resiliencia (SV- RES), Concluyendo que los hallazgos de esta investigación indican que hubo una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama; además las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama con altos niveles de resiliencia presentaron menores niveles de depresión y/o ansiedad.

Antecedentes nacionales.

Sosa (2017), en su tesis “Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos”. Buscó determinar si existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. Teniendo un diseño de estudio tipo observacional, prospectivo, seccional transversal. La población se conformó por 212. Los resultados fueron que La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad o sin ella fue de 55% y 15% respectivamente. El insomnio es factor asociado a depresión en pacientes oncológicos con un odds ratio de 7.70 el cual fue significativo ($p < 0.05$). Concluyendo que existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta.

Barrios y Quispe (2017), en su tesis “nivel de autoestima y depresión en pacientes de consulta externa de oncología. Trujillo”. Buscó determinar la relación entre el nivel de autoestima y nivel de depresión en pacientes de consultorio externo de oncología del hospital. Es una investigación descriptiva – correlacional de corte transversal. La muestra fue por 94 personas. Se utilizó el test de depresión de Hamilton y la evaluación de autoestima a pacientes oncológicos de coopersmith. Se concluye que el nivel de autoestima y depresión guardan relación altamente significativa, de tal manera que, a mayor autoestima, el nivel de depresión será menor o viceversa

Bases teóricas.

Ansiedad

Beck y Clark (1985) conceptualiza la ansiedad como síntomas emocionales negativos que la persona posee tales como sentirse nervioso, sentir que su corazón acelera rápidamente, así como también sudoración y movimientos corporales.

Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon (2008), señalan que es un sistema de alerta del cuerpo ante cualquier contexto que es amenazador, es decir circunstancias que nos perturban y en las que tenemos algo que vencer o que perder.

Vila (1984) conceptualiza la ansiedad como un sentimiento normal que desempeña una situación activadora, en otras palabras, ayuda a las personas a tener una habilidad de respuesta. Sin embargo, cuando la emoción se encuentra en alto nivel de fuerza, continuidad o duración, esta surge asociada a sensaciones que no se encuentran en un peligro existente para el cuerpo, generando cambios en el funcionamiento de emociones de la persona la cual se considera una expresión enfermiza.

Rojas (2014), define la ansiedad como una emoción negativa que existe como amenaza, como anterioridad cargada de malos presentimientos, de tonos borrosos, imprecisos y poco claros.

Moreno (2011), conceptualiza la ansiedad como un sentimiento normal que desempeña una función adaptativa en muchos contextos. Un cuerpo vivo requiere disponer de cierto mecanismo de cuidado para cerciorar su duración y la ansiedad desempeña ese papel en muchos contextos. Asimismo, es normal, y deseable, que una persona adquiera desconfianza cuando se aproxima un riesgo existente. Es decir, este autor menciona que la ansiedad cumple una función importante en la vida de los seres humanos ya que cumple la función activadora de los peligros existentes que la persona puede presenciar.

Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon (2008), clasifican la sintomatología de la ansiedad en varios grupos:

Psicológicos: agobio, intranquilidad, impresión de amenaza o riesgo, ganas de fugarse o atacar, miedo a perder el control, falta de seguridad, impresión de vacío, impresión de extrañeza o despersonalización, desconfianzas, incertidumbre, dificultad a la hora de decidir, miedo a morir, demencia y quitarse la vida (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon 2008).

Físicos: aceleración, latidos, presión en el pecho, falta de aire, sacudidas, sudor, nudo en el abdomen, preocupaciones digestivas, fatigas, vértigos, agotamiento, picazón, sensación de vértigo e inseguridad, dureza y rigidez en los músculos. En cuestiones muy exagerados, variaciones en el sueño, alteraciones en la comida y alteraciones en la respuesta sexual (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon 2008).

Cognitivos: dificultades para prestar atención, dificultad para concentrarse y dificultada para recordar, aumento de las distracciones y abandonos, pensamientos inadecuados, engrandecimiento de las indecisiones, tienden a acordarse de las cosas bruscas, exageración de valoración de chicos datos perjudiciales, interpretaciones incorrectas, suspicacia, abuso de la prevención y de la desconfianza (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon 2008).

De conducta: hipervigilancia, intranquilidad motora, ineptitud, bloqueos, impulsividad, problema para permanecer tranquilo y en calma. Estas sintomatologías están acompañadas de cambios en la animación física y el lenguaje físico: cambios en la voz movimientos torpes de manos y brazos, expresión facial de asombro y rigidez (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon 2008).

Sociales: irritación, hostilidad, problemas para empezar o continuar una plática, en unos casos verborrea, a la hora de realizar una pregunta o responder no sabe que decir, problemas al decir sus mismos juicios y miedo enorme problemas que puedan surgir (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamon 2008).

Según Sandin y Chorot (1995), mencionan las siguientes dimensiones:

Dimensión Subjetivo- cognitivo; esta dimensión está relacionado con la experiencia interna de las personas, es decir está conectada con los conocimiento y valoración intrínseca de los estímulos y cambios relacionados con la ansiedad. A esta dimensión les corresponden a las experiencias de temor, desconfianza, susto, sospecha, intranquilidad, y pensamientos intrusivos de manera desastrosa. El ser humano que tiene ansiedad vive subjetivamente un estado emocional desagradable (Sandin y Chorot 1995).

Dimensión fisiológica- somática, es que La ansiedad puede seguir un elemento orgánico. Los cambios orgánicos son en un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que suele manifestarse en cambios de tipo exterior, internos, voluntariamente e involuntarias o parcialmente voluntarias. En los cambios externos puede reflejar sudoración, aumento pupilar, temblor, aumento de la dureza muscular, palidez facial. En los cambios internos se refleja incremento cardíaco, bajo en la salivación, aceleración respiratoria. En los cambios voluntariamente se refleja la agitación, respiración, defecación. En los cambios involuntarias o parcialmente voluntarias se refleja vómitos, temblor y palpitaciones (Sandin y Chorot 1995).

Dimensión neurofisiológica, esta dimensión está relacionada con los síntomas de generar en las personas temblor generalizado, sobresaltos, molestias digestivas abdominales y palidez (Sandin y Chorot 1995).

Dimensión autonómica, esta dimensión está relacionada con los síntomas que suele manifestarse en las personas tales como latidos o aceleración, problema para respirar e impresión de ahogo (Sandin y Chorot 1995).

Dimensión síntomas vasomotora, esta dimensión está relacionada con los síntomas de rubor facial, sudor y calor en los seres humanos que presentan ansiedad (Sandin y Chorot 1995).

Según, Sierra, Ortega y Zubeidat, (2003) mencionan los siguientes enfoques de la ansiedad.

Enfoque psicoanalítico; mantiene que la ansiedad con la psiconeurótica es fruto del problema que se da con un lanzamiento no aceptable, asimismo con una contra fuerza utilizada por el yo.

Freud reconoce partes fenomenológicos intrínsecos, además orgánicos considerándose los principales más notables de su perspectiva, aumentando la definición del elemento subjetivo que este involucra, en la persona, el fastidio en sí de la ansiedad. Además, también menciona el carácter adaptativo, que actúa como una evidencia ante el riesgo existente y aumentando la aceleración del cuerpo como si se estuviera elaborando para enfrentar el peligro.

Freud (1971) reconoce tres tipos de ansiedad:

Ansiedad real: surge ante la conexión que se determina ante el ego y el planeta externo, declara como un aviso hacia los seres humanos, esto quiere decir, le anuncia de un riesgo existente que se encuentra cerca del entorno.

Ansiedad neurótica: sucede cuando el yo pretende complacer los instintos del ello, sin embargo, crean sentirse intimidados y los seres humanos tiemblan que el yo no logre dominar al ello.

Ansiedad moral: es común sentirse avergonzado, por lo tanto, en esta ansiedad el superyó intimida al individuo con la oportunidad de que el yo pierda el dominio sobre los arranques.

Enfoque conductual; surge de una idea ambientalista en la cual la ansiedad es percibida como un lanzamiento drive que genera comportamientos del cuerpo.

Esta escuela emplea en la investigación de la respuesta de ansiedad los conocimientos de desconfianza o espanto continuamente. Manifiesta que, según las teorías del aprendizaje, la ansiedad se asemeja con un acumulo de estímulos condicionando que producen un estímulo discriminativo, pensando que la ansiedad conductual esta sostenida a comienzo de una conexión eficaz con un apoyo alcanzado en el pasado.

Según Freud (1971) Enfoque cognitivo; Posteriormente del periodo de los sesenta, comienzan a recoger valor en el ambiente de la psicología, proporcionando sitio a la escuela cognitiva. El gran aporte de la escuela cognitivo fue producir el ejemplo estímulo respuesta que se tenía que utilizar para comprobar la ansiedad. A partir de esta teoría, los seres humanos observan el contexto y aprecia los alcances que pueden tener; si el producto de dicha apreciación es peligroso, en aquel momento se comenzará una reacción de ansiedad acorde por otras causas cognitivas. El contexto que produzca una reacción de ansiedad. Se impiden y aun no estando presente, tan solo la fotografía de estas puede generar una reacción de ansiedad; estas reacciones se pueden exponer de distintas maneras; sin embargo, en forma global, se toma que la reacción se ocasiona a inicios de la percepción propia que la persona conoce al contexto o en ocasiones, la persona examina que tal contexto no es un peligro, el cual no logra dominar espontáneamente su reacción de ansiedad.

Definitivamente el eje cognoscitivo de la persona expone sus juicios, conceptos opiniones o símbolos que unen a la ansiedad; estos pensamientos incitadores de ansiedad ruedan en giro al riesgo de un contexto definida o al miedo de una probable amenaza. En general de los asuntos, marchan de modo maquinal, la persona a penas se da cuenta cuando inician en marcha, sin embargo, no puede dirigir y suponen afirmadamente que no están bajo su mando. El individuo con ansiedad describe el contexto como amenazador, sin embargo, puede que la situación que el individuo este percibiendo no sea realmente el peligro; estimula interpretación que el sujeta pueda entender. Suele estar asociado a una sensación personal de inestabilidad, nerviosidad, tensión, irritación, intranquilidad, temor, miedo, abatimiento, una fuerte apreciación del nivel del peligro, espanto, cuidadosamente selectiva a lo amenazador, comprensión desastrosa de los acontecimientos, falta de la potencialidad de resistencia.

Enfoque cognitivo-conductual; son asociados a los aportes de la escuela cognitivo y de la escuela conductual. El comportamiento permanecería fija a comienzos de la interacción entre los tipos individuales de los seres humanos y los contextos

ambientales que se muestran. Cuando un individuo posee ansiedad, entran en un proceso de distintas variables, por lo que nadie de ellos debe ser abandonado, para el análisis propio. Se trata de variables de juicios, de opiniones, pensamientos y variables contextuales (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Según esta teoría menciona que las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se relaciona a estímulos positivos o negativos adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado es decir donde los seres humanos que presentan ansiedad aprendieron negativamente a relacionar estímulos neutros, con experiencias vividas tales como traumas amenazantes, de manera que cada vez que la persona está en contacto con experiencias traumáticas se desarrollara la angustia relacionada con la amenaza. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Carrillo (s.f). Las Teorías de la Ansiedad que existen. En gran medida estos aportes se han centrado en la relación entre el procesamiento de la información y la emoción. A pesar de que se han postulado una cantidad variada de las teorías de la ansiedad, existen tres orientaciones básicas: El Procesamiento bioinformacional de imágenes y de afectos, de Carl Lange. El Concepto de red asociativa, de Bower y El Concepto de esquema, de Beck.

Estas tres teorías de la ansiedad se basan en la opinión de que constan estructuras cognoscitivas concernientes a los trastornos de ansiedad. Analicemos sus características.

Imagen e emoción: Proceso bioinformacional. Para esta teoría señala que la base del pensamiento se basa en las relaciones lógicas que podrían ser expresadas a través de formulaciones de lógica proposicional. Las propuestas se congregan en redes psíquicas, las redes constituyen una estructura asociativa o memoria asociativa de la emoción, lo cual constituye una especie de “programa afectivo”. En el procedimiento

psíquico de los medios, totalmente se activa la memoria emocional, a través de un método verbal.

Ansiedad y cáncer

David (1999) menciona que la ansiedad surge indudablemente asociada al cáncer, ante las pruebas de detección, ante el diagnóstico y durante el tratamiento. Es decir, ante las pruebas realizadas, el nivel de ansiedad es alta, reduce si los exámenes poseen un resultado negativo y extiende en cuestión inverso. Empezando el tratamiento, surgen distintos retos y peligros a la integridad del enfermo y de manera reactiva a éstas va cambiando el nivel de ansiedad. Es decir, mientras que el paciente esta durante sus exámenes su nivel de ansiedad puede ser elevada esta se llega a disminuir si los exámenes resultan favorables para el paciente así también que facilite sus recursos de afrontamiento (búsqueda de apoyos y adherencia al tratamiento).

Mate (2004) expone los principios psicológicos más habituales de los síntomas ansiosos: miedo a la cercanía del fallecimiento, miedo al progreso del padecimiento, adelanto del sufrimiento del paciente y de los familiares, la emoción de pérdida de control, dificultades familiares, dificultades laborales y dificultades sociales. Si la ansiedad se vuelve incontrolable y amplia en el tiempo de forma que comienza a afectar a las posibilidades de apoyo durante el tratamiento, por sí misma, genera una molestia intensa, dificultades de sueño, etc. estaríamos ante la aparición de un posible trastorno de ansiedad.

Depresión

Zindel, Segal, Mark, Williams y Teasdale (2011), la depresión es cuando una persona se siente bajo de ánimo o triste. Constituye la depresión clínica como una situación en la cual se muestra una etapa de depresión persistente y una disminución de interés junto con otros signos físicos tales como problemas del sueño, bajo apetito, disminución de la concentración, así como emociones de desesperanza y falta de aprecio.

Beck (1979), conceptualiza la depresión como la consecuencia de un análisis equivocado de los sucesos o contextos que ha de enfrentar el sujeto. Es decir, este autor menciona que el sujeto interpreta el contexto que lo rodea de manera equivocada.

Ignacio. A (2011), define la depresión psicológica como una perturbación mental distinguida por emociones de ineptitud, culpabilidad, desánimo, abandono y una profunda desesperanza.

Según Izaias (2003), los síntomas de las personas que tienen depresión son: aspecto afligido y abatida, los movimientos son más tardos, se disminuye el gesto que acompaña al habla y el caminar, constantes intranquilidades de padecimientos corporales, disminución y aumento de peso, el individuo pasa varias horas sentada o acostada por día, deterioro de lo que le causaba satisfacción en realizar sus tareas del día a día interés, el ser humano niega que está deprimido, no posee la habilidad de recobrar sus actividades normales por sí sola, insomnio, sentimientos de inferioridad impropia y excesiva, disminución de habilidad para razonar.

Según Calderón (1999), menciona las siguientes dimensiones de la depresión:

Dimensión afectiva, causa diferentes síntomas, el paciente totalmente empieza con una etapa de apatía a contextos que anteriormente movía un interés. Cuida hacer el mínimo esfuerzo con continuidad permanece aislado, desvalorización absoluta de sus intereses vitales. Pronto surge la tristeza es decir cosas que anteriormente le lograrán estimular su estado de ánimo todavía se siente decaído y ya no son estimulantes (Calderón 1999).

Dimensión motivacional, esta dimensión está relacionada con la insatisfacción es decir las personas tienen un sentimiento cuando las cosas que tienen o han conseguido no cubren por sí mismas sus expectativas, así mismo manifiestan ideas suicidas es decir las personas poseen pensamientos acerca de lastimarse o quitarse la vida (Calderón 1999).

Dimensión cognitiva, esta dimensión está relacionada con los síntomas de sensación de fracaso, desconfianza frente al futuro, expectativas de escarmiento, preocupaciones somáticas, auto disgusto, auto imagen deformada, auto acusaciones e indecisión (Calderón 1999).

Dimensión conductual, esta dimensión está relacionada con los síntomas de retardo para trabajar, fatigabilidad y alejamiento social (Calderón 1999).

Dimensión física, esta dimensión está relacionada con los síntomas de pérdida de sueño, deseo sexual, apetito y peso (Calderón 1999).

La presente investigación científica, se sustenta en las siguientes teorías:

Según Fernando, Vásquez, Becoña, (2000), mencionan las siguientes teorías explicativas de la depresión:

Teoría conductual; propone que la depresión unipolar, esencialmente un suceso asimilado conectado con interacciones negativas entre el individuo y el contexto que lo rodea. Estas interacciones con el ambiente logran incidir y ser influenciados por los pensamientos, el comportamiento, emociones y conexiones en relación a estos elementos se piensan como mutuas. En el año actual hay distintas modelos conductuales de la depresión (Fernando, Vásquez, Becoña 2000).

La disminución del refuerzo positivo; para esta teoría las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían existido hasta ese momento excesivamente restringido y sencillo. Lewinson y colaboradores, plantean un paradigma en que la ocurrencia de la depresión se reflexiona como una contextualización de elementos tanto contextuales como disposiciones; en la reformulación de la teoría ajuste del apoyo verdadero se implica el fenómeno de la secuencia de uniones causales, que inicia cuando resulta un suceso potencial apenado de depresión, el cual impide los modelos de comportamiento inconscientes de la persona, provocando todo ello una reducción de la tasa de refuerzo real, así mismo un número alto de prácticas aversivas

como producto de todo ello se origina un incremento del conocimiento y críticas de uno mismo, y las perspectivas negativas (Fernando, Vázquez, Becoña 2000).

Entrenamiento en autocontrol Rehm (como se citó en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Sugirió un tipo de autocontrol para la depresión en el que pretendió formar los aspectos cognoscitivos y comportamentales de la perturbación. En el entrenamiento de autocontrol, menciona que la depresión es la consecuencia perjudicial de la conexión entre premios y castigos, el autocontrol se centraliza en la contribución de la persona a esta conexión perjudicial a través de la respuesta comportamentales y cognoscitivas. Se teoriza que las personas deprimidas tienen un estilo perfeccionista, intenta propósitos imposibles, se concentran en las apariencias negativas de su contexto y emplean escasos refuerzos mientras que la tasa de autocastigos es alta.

Nezu, 1987; y Perri, 1989, citados en Fernando L. Vázquez, Muñoz y Becoña (2000), el modelo Nezu planteo una enunciación de la depresión donde el asunto céntrico para el orden y el sustento de la depresión en los seres humanos son las pérdidas de sus destrezas de solución de dificultades. Nezu anoto que había diferentes trabajos en los que se demuestra una asociación entre tener carencias en la solución de dificultades y los sentimientos depresivos tanto en los infantes como en mayores. Dada esta asociación Nezu menciona que las destrezas de dificultades que alcanzan a moderar la conexión entre la depresión y el estrés. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de modificar las dificultades lograba actuar como un amortiguador de los productos de las experiencias de vida negativas, Nezu revelo que el inicio de la depresión sucede cuando la persona tiene que crear frente a un entorno confuso, es posible que se causen resultados negativos lo cual se traduce a su vez en una disminución en el apoyo del comportamiento del individuo.

Sacco y Beck (1995) explican que la teoría cognitiva de la depresión, el elemento fundamental de la perturbación depresiva consiste en una habilidad cognoscitiva negativa, esto es un estilo por verse a sí mismo, al mundo y al futuro de una manera negativa y disfuncional, es decir la perspectiva disfuncional del sí, del planeta y del

futuro, que universalmente muestra un tema de pérdida subyacente, se designa triada cognitiva la cual se describe que el cognitivo de un individuo en depresión acerca de el mismo su universo y su futuro es negativo, es decir la persona ve de el mismo como inepto e indeseable, su mundo exterior lo ve repleto de dificultades y su futuro lo ve completamente desesperanzador.

Beck (1979) describió varios errores sistemáticos que suelen observarse en el modo de procesar la información de los seres humanos deprimidos.

Mencionaremos algunos de esos errores lógicos:

Inferencia arbitraria; se infiere una conclusión en ausencia de evidencia o frente a evidencia que contradiga esa conclusión Abstracción selectiva; tendencia a enfocar la atención sobre los aspectos negativos de una situación y a interpretar toda la situación sobre la base de ese aspecto negativo. Generalización excesiva; tendencia a extraer una regla general o una conclusión a partir de un incidente aislado para luego aplicarlos a otras situaciones, estén o no relacionadas con la situación anterior. Maximización y minimización - tendencia a sobrestimar la significación o la magnitud de los eventos desagradables y a subestimar la significación y la magnitud de los eventos satisfactorios. Personalización, tendencia a relacionar arbitrariamente los eventos externos consigo mismo. Pensamiento todo o nada, tendencia a pensar en términos absolutos, blanco o negro, todo o nada.

Como señala Aron Beck (1979) en su Teoría Cognitiva para la depresión, las personas que pueden padecer de depresión presentan una habilidad cognoscitiva negativa, es decir por verse a sí mismo, al mundo y al futuro de una manera negativa y disfuncional, pero en este caso los pacientes diagnosticados con cáncer los llegan a presentar con mayor frecuencia, debido a que no están preparados y no saben cómo sobrellevar dicha enfermedad. Muchas veces piensan que ya les queda poco tiempo, que aún les queda muchas cosas por hacer, la preocupación de quien cuidará de sus hijos. La información con la que se encuentran estos pacientes, es una elevada tasa de mortalidad en los pacientes que han sobrellevado esta enfermedad, por lo que muchas veces alargan el proceso de su tratamiento debido a que niegan su diagnóstico.

Depresión y cáncer

Maté, Hollenstein y Gil (2004) mencionan que la enfermedad del cáncer y su progreso generan continuamente una incomodidad emocional importante, tanto a distintos niveles psíquicos, sociales y físicos.

Prieto (2004) refiere que las emociones y hechos negativos al afrontar el padecimiento pueden ser peligroso ya que puede dificultar en el proceso del tratamiento. Según este autor resalta que es un hecho confirmado la conexión entre el estado psicológico y el funcionamiento del organismo de la persona, por lo tanto, la mejoría es importante ya que está encaminado a curar el organismo como a tener un equilibrio psíquico.

Spiegel y Davis (2003) refiere que la depresión y el cáncer se relacionan de distintas maneras: los enfermos oncológicos poseen altas tasas de depresión; y la depresión puede elevar el peligro de cáncer, dificulta el progreso y tratamiento del paciente oncológico. No todos los pacientes con diagnóstico de cáncer sufren depresión, pero una minoría importante si la desarrolla.

Lampic (2001) menciona que las personas oncológicas o de otros padecimientos graves suelen tener un peligro de poseer síntomas depresivos. En estudios, la prevalencia de depresión mayor que se encontró en pacientes ambulatorios es del 6 al 14%, mientras que en pacientes hospitalizados se encuentran en tres veces mayor.

Factores que influyen en la adaptación al cáncer

Holland (2010) refiere que es significativo reconocer los elementos psíquicos y sociales que anuncian una segura o ineficaz adaptación, lo que reconoce la identificación temprana de enfermos sensibles. Es dificultoso anunciar el modo en que los seres humanos enfrentaran a la enfermedad, por lo que es importante reconocer los elementos que intervienen en la adaptación. Según este autor ha determinado que la adaptación al cáncer es influida por dos factores: del paciente y derivados de la sociedad.

Factores derivados de la sociedad

Hoy en día el enfermo se encuentra mucho más informado con respecto al cáncer, cuales son los distintos tratamientos que una persona oncológica puede tener para combatir la enfermedad, desarrollando en ellos una actitud positiva y genera una buena comunicación entre él médico y el enfermo (Holland 2010).

Factores derivados de los pacientes

Este factor descende de tres fuentes: las cuales son intrapersonal, interpersonal y la clase socioeconómica/social, según la fuente intrapersonal se encuentra la capacidad que tiene el paciente para afrontar la enfermedad y su etapa de desarrollo, en la fuente interpersonal se encuentra el apoyo de los demás es decir amigos familiares o personas cercanas al paciente y la fuente clase socioeconómica/social hablamos de los recursos tanto materiales y económicos que el paciente pueda tener. Hay una influencia con respecto al peligro del padecimiento en el instante del diagnóstico por las reacciones psicológicas que el paciente pueda tener. Aquellos pacientes oncológicos que tienen un diagnóstico en fases más avanzadas mostrarán un alto nivel de fastidio psicológico en el futuro, a diferencias de los pacientes oncológicos que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas (Holland 2010).

Otro factor que influye en la adaptación del cáncer es la resiliencia

Según Inbar (2011) citado por Bracamonte y Díaz (2013), quien menciona que la resiliencia es un constructo psicológico, que ayuda a las personas a acomodar de modo perspicaz a los diferentes cambios que puedan nacer, resistir y mantener los problemas en contexto de inseguridad.

Capítulo III

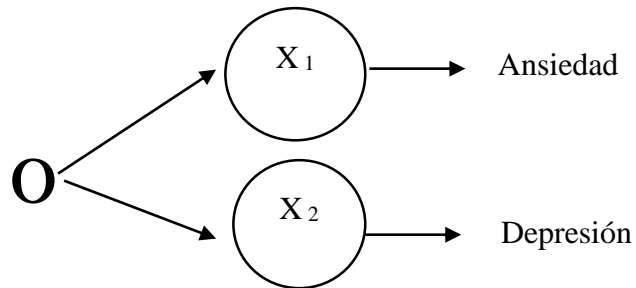
Materiales y Métodos

Tipo de estudio y diseño de contrastación de hipótesis

Tipo de investigación

De acuerdo con Fernández, Hernández y Baptista (2014) el tipo de investigación es cuantitativa y el diseño de investigación no experimental, transversal-descriptivo, el cual estos diseños especifican la incidencia de las modalidades, niveles o categorías de una o más variables en una población. Cuyo diagrama es el siguiente:

Tiempo único: El interés es cada variable tomada individualmente.



Población

Está constituida por un universo de 420 pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II Tumbes de los meses de enero, febrero, marzo del 2018.

Cuadro 1: Población de los pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II Tumbes, 2018. Según sexo.

INTERVALO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
20 - 40	112	121	233
42 - 58	50	60	110
62 - 92	40	37	77
TOTAL	202	218	420

Muestra

La muestra estuvo constituida de 78 pacientes diagnosticados con cáncer. La cual se obtuvo de la siguiente fórmula:

Población $N = 420$ pacientes

Nivel de confiabilidad $Z = 1.96$ (para un nivel de confiabilidad del 95 %)

% de aceptación $\sigma = p = 50\%$ ó 0.5

% de aceptación $\sigma = q = 50\%$ ó 0.5

Margen de error $e = 0.10$

$$n = \frac{N * Z^2 * PQ}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * PQ}$$

$$n = \frac{420 * (1.96)^2 * (0.5)(0.5)}{(420 - 1) * (0.10)^2 + (1.96)^2 * (0.5)(0.5)}$$

$n = 78$ Pacientes

Cuadro 2 Muestra de los pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II Tumbes, 2018. Según sexo.

INTERVALO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
20 - 40	1	33	41
42 - 58	6	20	26
62 - 92	7	4	11
TOTAL	14	57	78

Los criterios de inclusión fueron los pacientes mayores de 20 años diagnosticados con cáncer de cualquier tipo, fase y localización, así mismo, pacientes ambulatorios con cualquier tipo de tratamiento médico.

Los criterios de exclusión fueron los pacientes menores de 20 años y aquellos que tengan antecedentes psiquiátricos.

Instrumento de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron fueron dos: el inventario de ansiedad de Beck este test consta de 21 ítems su rango de aplicación es de 13 años a más, los niveles son (mínima, leve, moderada y grave), se puede administrar de manera individual y colectiva su duración es de 5- 10 minutos. (ver en anexo n°6). Y el inventario de depresión de Beck, consta de 21 ítems su rango de aplicación es de 13 años a más edad, los niveles son (no hay depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa), se puede administrar de manera individual o grupal su duración es de 15 minutos. (ver en anexo n°7).

Método de análisis de datos

El análisis de los datos se realizó por medio de análisis estadísticos descriptivos como son el uso de tablas, gráficos, figuras de distribución de frecuencias porcentuales; datos que fueron tabulados en una matriz utilizando el Microsoft Office Word / Excel 2013. Así mismo se utilizó el software estadístico SPSS versión 22, de la cual obtuvimos los resultados de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos.

Capítulo IV

Resultados y discusión

A continuación, se expone los resultados que se obtuvieron en la presente investigación

Cuadro 3, nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Nivel de Depresión	Nivel de Ansiedad			Total
	Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	
No hay depresión	42	3	0	45
	53.8%	3.8%	0.0%	57,7 %
Depresión moderada	22	2	0	24
	28.2%	2.6%	0.0%	30,8 %
Depresión leve	5	2	1	8
	6.4%	2.6%	1.3%	10,3 %
Depresión severa	1	0	0	1
	1.3%	0.0%	0.0%	1,3%
Total	70	7	1	78
	89,7%	9,0%	1,3%	100,0 %

Fuente: Datos analizados mediante la tabulación cruzada a través del Software SPS 22.

En el cuadro 3, los niveles de ansiedad y depresión se ubican en muy baja ansiedad y no hay depresión con un 53.8%, seguido de depresión moderada y ansiedad baja con un 28.2%, depresión leve con ansiedad muy baja se obtiene un 6.4%, depresión severa con ansiedad muy baja tenemos un 1.3%. El nivel de ansiedad moderada y no hay depresión se ubicaron en un 3.8%, seguido de depresión moderada y ansiedad moderada se ubicaron en un 2.6%, depresión leve con ansiedad moderada en un 2.6%, depresión severa y ansiedad moderada en un 0.0%. el nivel de ansiedad severa y no hay depresión se obtiene en un 0.0%, seguido de depresión moderada y ansiedad severa en un 0.0%, depresión leve y ansiedad severa en un 1.3%, depresión severa y ansiedad severa en un 0.0%.

Cuadro 4, nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad muy baja	70	89.74%
Ansiedad moderada	7	8.97%
Ansiedad severa	1	1.28%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de ansiedad de Beck.

En el cuadro 4, el nivel de ansiedad de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en una ansiedad muy baja que corresponde al 90% y el nivel de ansiedad moderada corresponde al 9%.

Cuadro 5: nivel de depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	45	57.7%
Depresión leve	8	10.3%
Depresión moderada	24	30.8%
Depresión severa	1	1.3%
Total	78	100.0%

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de ansiedad de Beck.

En el cuadro 5, el nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en un nivel no hay depresión que corresponde al 58% y el nivel de depresión moderada que corresponde a un 31%.

Cuadro 6, nivel de ansiedad en la dimensión subjetivo en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencias	Porcentajes
Ansiedad muy baja	60	76.92%
Ansiedad moderada	18	23.08%
Ansiedad severa	0	0.0%
Total	0	0.0%

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de ansiedad de Beck.

En el cuadro 6, el nivel de ansiedad de la dimensión subjetivo de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en muy baja ansiedad que corresponde al 77%, y el nivel de ansiedad moderada se ubicó en un 23%.

Cuadro 7, nivel de ansiedad en la dimensión neurofisiológica en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad muy baja	76	97.4%
Ansiedad moderada	2	2.6%
Ansiedad severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría Jamo II a través del test de inventario de ansiedad de Beck.

En el cuadro 7, el nivel de ansiedad de la dimensión neurofisiológica de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en muy baja ansiedad que corresponde al 97.4% y el nivel de ansiedad moderada corresponde al 2.6%.

Cuadro 8, nivel de ansiedad en la dimensión autonómica en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad muy baja	73	93.6%
Ansiedad moderada	5	6.4%
Ansiedad severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de ansiedad de Beck.

En el cuadro 8, el nivel de ansiedad de la dimensión autonómica de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en una ansiedad muy baja que corresponde al 93.6% y en el nivel de ansiedad moderada corresponde al 6.4%.

Cuadro 9, nivel de ansiedad en la dimensión síntoma vasomotora en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencias	Porcentajes
Ansiedad muy baja	73	93.6%
Ansiedad moderada	5	6.4%
Ansiedad severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría jamo II a través del test de inventario de ansiedad de Beck.

En el cuadro 9, el nivel de ansiedad de la dimensión síntoma vasomotora de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en una ansiedad muy baja que corresponde al 93.6% y en el nivel de ansiedad maderada corresponde al 6.4%.

Cuadro 10, nivel de depresión en la dimensión afectiva en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	24	30.8%
Depresión leve	19	24.4%
Depresión moderada	35	44.9%
Depresión severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de depresión de Beck.

En el cuadro 10, el nivel de depresión de la dimensión afectiva de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubica en una depresión moderada que corresponde al 44.9%, en el nivel no hay depresión corresponde al 30.8%.

Cuadro 11, nivel de depresión en la dimensión motivacional en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	29	37.2%
Depresión leve	12	15.4%
Depresión moderada	37	47.4%
Depresión severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría jamo II a través del test de inventario de depresión de Beck.

En el cuadro 11, el nivel de depresión de la dimensión motivacional de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en una depresión moderada que corresponde al 47.4%, el nivel no hay depresión corresponde al 37% y el nivel leve corresponde al 15.4%.

Cuadro 12, nivel de depresión en la dimensión cognitivo en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	28	35.9%
Depresión leve	5	6.4%
Depresión moderada	45	57.7%
Depresión severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de depresión de Beck.

En el cuadro 12, el nivel de depresión de la dimensión motivacional de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubica en una depresión moderada que corresponde al 57.7%, el nivel no hay depresión corresponde al 35. % y el nivel depresión leve corresponde al 6.4%.

Cuadro 13, nivel de depresión en la dimensión conductual en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	15	19.2%
Depresión leve	23	29.5%
Depresión moderada	40	51.3%
Depresión severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de depresión de Beck.

En el cuadro 13, el nivel de depresión de la dimensión conductual de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en una depresión moderada que corresponde al 51.3%, el nivel no hay depresión corresponde al 19.2% y el nivel de depresión leve corresponde al 29.5%.

Cuadro 14, nivel de depresión en la dimensión física en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II.

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	8	10.3%
Depresión leve	33	42.3%
Depresión moderada	37	47.4%
Depresión severa	0	0.0%
Total	78	100,0

Fuente: Datos obtenidos de pacientes diagnosticados con cáncer del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II a través del test de inventario de depresión de Beck.

En el cuadro 14, el nivel de depresión de la dimensión física de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubica en una depresión moderada que corresponde al 47.4%, en el nivel depresión leve corresponde al 42.3% y el nivel no hay depresión corresponde al 10.3%.

Discusión de resultados

Considerando que el objetivo principal de este estudio fue determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer, donde los resultados reflejaron que el 89.7% presenta un nivel de ansiedad muy baja y en cuanto al nivel de depresión el 30.8% indica un nivel de depresión moderada. Concluyendo que los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018; no presentan un nivel de ansiedad alto, sin embargo, el nivel de depresión indico que si hay depresión. Dichos resultados son semejantes al antecedente internacional de, Durand (2017), en su tesis “Resiliencia y afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad con mujeres con cáncer de mama”. Concluyendo que los hallazgos de esta investigación indican que hubo una mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama; además las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama con altos niveles de resiliencia presentaron menores niveles de depresión y/o ansiedad. A la vez es preocupante que la población presente un nivel moderado de depresión; puesto que puede afectar la vida de la persona en un nivel grave de depresión y traer graves consecuencias en su vida.

En consecuencia, Del Pino (2012), en su tesis “Prevalencia de depresión en personas diagnosticadas con cáncer que persisten en el hospital y su conexión con los exteriores sociodemográficos y médicos del padecimiento”. Los resultados fueron de 17.1% de depresión y la de ansiedad del 22.4%. Si hay un vínculo estadísticamente demostrativo entre ansiedad y depresión. González, Tenorio y Ventimilla (2015), obtuvieron como resultados que la edad media fue de 60.91 años, de 14.7 de años y en el 57.8% de los casos de mujeres, casados en el 67.1 % y de residencia urbana en el 72.1% de los casos, la prevalencia de ansiedad fue de 21.1% y de depresión 28.8 %.

Por lo tanto, concluyeron que la continuidad de depresión y ansiedad es alta y los factores familiares y de convivencia son los más influyentes.

En cuanto al nivel de las dimensiones de la variable ansiedad: la dimensión subjetivo, neurofisiológico, autonómico y de síntomas vasomotores en los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018; indicaron un nivel de ansiedad muy baja. Es decir, según Peplau (como se citó en Gonzales, 2007) afirman que el individuo está en un tiempo de alerta y distingue más que cuando está ansioso. La atención, la conciencia y la capacidad asociativa son muy altas. Se observan ciertos cambios de comportamiento, que suelen ser vencidos sencillamente.

Finalmente, el nivel de las dimensiones de la variable depresión: la dimensión afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física en los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018; indicaron tener nivel de depresión moderada. Lo cual quiere decir, según Strange (como se citó en León, 2016) las manifestaciones de los pacientes son: pensamiento pesimista, aspecto deprimido, ansiedad, manifestaciones fisiológicas y cambios en la actividad motora. Dichos resultados, se sustentan con las Teorías Cognitivistas, Virues (2005), menciona que la ansiedad como resultado de cogniciones patológicas. Se puede considerar que la persona etiqueta mentalmente el contexto y la enfrenta con conducta determinada. Así mismo, según las Teorías Conductistas. Según esta teoría menciona que las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se relaciona a estímulos positivos o negativos adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado es decir donde los seres humanos que presentan ansiedad aprendieron negativamente a relacionar estímulos neutros, con experiencias vividas tales como traumas amenazantes, de manera que cada vez que la persona está en contacto con experiencias traumáticas se desarrollara la angustia relacionada con la amenaza. (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Beck (como se citó en Carrillo, s.f), sobre la Teoría de Concepto de Esquema, menciona que los pacientes con algún trastorno de ansiedad, debe existir una estructura cognitiva disfuncional que los lleva a producir ciertos sesgos en todos los aspectos del procesamiento de la información. Así, para Beck hay un esquema cognitivo poco adaptativo que mantiene elevada la ansiedad al ser aplicada para analizar e interpretar la realidad, además está la teoría psicoanalítica según Freud (1971) reconoce 3 tipos de ansiedad, la ansiedad real que anuncia un riesgo existente que se encuentra cerca del entorno, la ansiedad neurótica sucede cuando el yo pretende complacer los instintos del ello y la ansiedad moral menciona que es común sentirse avergonzado.

En consecuencia, como señala Aron Beck (1979) en su Teoría Cognitiva para la Depresión, menciona que las personas que padecen de depresión presentan una habilidad cognoscitiva negativa, es decir por verse a sí mismo, al mundo y al futuro de una manera negativa y disfuncional, en este caso los pacientes diagnosticados con cáncer los llegan a presentar con mayor frecuencia, debido a que no están preparados y no saben cómo sobrellevar dicha enfermedad. Muchas veces piensan que ya les queda poco tiempo, que aún les queda muchas cosas por hacer, la preocupación de quien cuidará de sus hijos.

El resultado de esta tesis se sustenta con la investigación de Hollan (2010) Según este autor ha determinado que la adaptación al cáncer es influida por dos factores: del paciente y derivados de la sociedad. Factor derivado del paciente menciona que hoy en día el enfermo se encuentra mucho más informado con respecto al cáncer, cuales son los distintos tratamientos que una persona oncológica puede tener para combatir la enfermedad, desarrollando en ellos una actitud positiva y genera una buena comunicación entre él médico y el enfermo. Así mismo está el factor de los pacientes las cuales son intrapersonal, interpersonal y la clase socioeconómica/social, según la fuente intrapersonal se encuentra la capacidad que tiene el paciente para afrontar la enfermedad y su etapa de desarrollo, en la fuente interpersonal se encuentra el apoyo de los demás es decir amigos familiares o personas cercanas al paciente y la fuente

clase socioeconómica/social hablamos de los recursos tanto materiales y económicos que el paciente pueda tener. Hay una influencia con respecto al peligro del padecimiento en el instante del diagnóstico por las reacciones psicológicas que el paciente pueda tener. Aquellos pacientes oncológicos que tienen un diagnóstico en fases más avanzadas mostrarán un alto nivel de fastidio psicológico en el futuro, a diferencias de los pacientes oncológicos que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas (Holland 2010). También se sustenta con la resiliencia Según Inbar (2011) citado por Bracamonte y Díaz (2013), quien menciona que la resiliencia es un constructo psicológico, que ayuda a las personas a acomodar de modo perspicaz a los diferentes cambios que puedan nacer, resistir y mantener los problemas en contexto de inseguridad.

Conclusiones

1. Se concluyó que los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018; no presentan un nivel de ansiedad alto, en cambio, el nivel de depresión indicó que, si hay un nivel moderado, por tanto, la hipótesis alternativa se aceptó.
2. Se concluyó que los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018, no presentan un nivel de ansiedad alto, por tanto, la hipótesis alternativa no se aceptó.
3. Se concluyó que los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018, indican una depresión moderada, por tanto, la hipótesis alternativa se aceptó.
4. Se concluyó que los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018, en la dimensión subjetivo, neurofisiológico, autonómico y síntomas vasomotores de la variable ansiedad no presentan un nivel de ansiedad alto, por tanto, la hipótesis alternativa no se aceptó.
5. Se concluyó que los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018, en la dimensión afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física presentan un nivel de depresión moderada, por tanto, la hipótesis alternativa se aceptó.

Recomendaciones

1. A las personas encargadas de la estrategia de salud mental a ejecutar talleres de programas de intervención primaria sobre el bienestar de vida en personas con cáncer con temas de ansiedad y depresión para así desarrollar y fortalecer sus capacidades, mantener la motivación y fijar su atención en su recuperación.
2. Que los psicólogos encargados de la estrategia de salud mental, elaboren y ejecuten programas de aprendizaje, los cuales estén orientados a comunicar, sensibilizar y concientizar a los pacientes, familiares y demás personas acerca de la necesidad de desarrollar dentro de casa un clima familiar favorable el cual ayude al paciente a encontrar el apoyo para afrontar la enfermedad.
3. Que la Universidad Nacional de Tumbes Realice investigaciones con las variables de estudio con pacientes que llevan menos de 3 años en tratamiento, para dar a conocer las alteraciones o cambios psicológicos que pueden manifestar en menor tiempo de adaptación a la enfermedad, o estudios longitudinales para identificar la variación emocional.
4. Que futuros investigadores de la Universidad Nacional de Tumbes puedan investigar los niveles de ansiedad y depresión según grado y tipos de cáncer así mismo el tiempo que el paciente haya sido diagnosticado.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, F. y Quinde, Y. (2015). *Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado iii y iv. Instituto regional de enfermedades neoplásicas - 2013.* (Tesis de pregrado) Recuperado de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaoorep/1115/1/Aguilar Florella niveles ansiedad depresi%c3%93N.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaoorep/1115/1/Aguilar%20Florella%20niveles%20ansiedad%20depresi%c3%93N.pdf).
- Barrio, D. (2017). *Cáncer el alto riesgo de morir si naciste en el Perú. El comercio.* Recuperado de <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/cancer-alto-riesgo-morir-naciste-peru-441467>.
- Barrios, L. y Quispe, D. (2017). *Nivel de autoestima y depresión en pacientes de consulta externa de oncología. Trujillo – 2016* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7688/1735.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Baeza, J; Balaguer, G; Belchi, I; Corona, M. y guillamon, N. (2018). *Higiene y prevención de la ansiedad.* España: Díaz Santos.
- Betancourt, A. y Aristizabal, G. (2010). *Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Consulta externa de oncología hospital universitario Ruiz y paez. Ciudad Bolívar – Edo – Bolívar. Febrero – abril 2008* (Tesis de pregrado). Recuperado de http://ri2.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1261/2/01-TESIS.CANCER_DE_MAMA.pdf.

Beck, A; Rush, J; Shaw, B. y Emery, G (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona. España. Editorial: Gedisa, S.A.

Beck, A. y Clark, D. (1985). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York. USA. Editorial: Desclée de Brouwer.

Beck, A., Ward, M. y Erbaugh. (1961). *Inventario de depresión de Beck (BDI)*.

Beck, A. y Steer, R. (1988). *Inventario de ansiedad de Beck (BAI)*.

Bracamonte, A. y Díaz, D. (2013). *Depresión y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013* (Tesis de pregrado). Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/672/1/TL_BracamonteAlejandriaAna_DiazNizamaDiana.pdf.

Calva, J. y Castro, M. (2012). *Nivel De Depresión, Ansiedad Y Autoestima En Mujeres Con Cáncer De Mama Estadio I - iv. Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas, 2012*. (Tesis de pregrado) Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1116/1/CALVA_JAHAIRA_DE PRESI%C3%93N_ANSIEDAD_AUTOESTIMA.pdf.

Carrillo (s.f). *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiymente.com/clinica/teorias-de-ansiedad>.

Calderón, G. (1999). *Depresión*. Recuperado de <http://www.worldcat.org/title/depresi-On-un-libro-para-enfermos-deprimidos-y-medicos-en-general/oclc/46323864>.

Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras. Recuperado de <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/imágenes/cancercontrol%2caccessandinequalityinLatinAmeric>

Clark, D; Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Ciudad de Nueva York, País de USA: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

David PH. (1999). *Coping with cancer. A personal Odyssey. Patient education and conseling,*

Del Pino, D. (2011). *Prevalencia De Depresión En Pacientes Oncológicos Que Permanecen Hospitalizados Y Su Relación Con Los Aspectos Sociodemográficos Y Clínicos De La Enfermedad, En El Hospital Oncológico De Solca Núcleo Quito – Ecuador, 2011* (Tesis Título De Médico Cirujano). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5350/T-PUCE-5576.pdf?sequence=1>.

Díaz y Serrato (2016) en su tesis “Nivel de Ansiedad y Depresión en mujeres viviendo con Vih/Sida integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio-noviembre, 2016. (Tesis Título De Médico Cirujano).

Durad, S. (2017). *Resiliencia y afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad con mujeres con cáncer de mama* (Tesis de maestría).

Espinoza (2014) en su tesis “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014”. (Tesis de título en enfermería).

Fernando, L., Vásquez, R; Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx*. Recuperado de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>.

Flores, D. (2017). Cáncer mata a unos seis mil peruanos cada año. Perú 21. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/cancer-mata-seis-mil-peruanos-ano-63485>.

Freud, (1971). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid. Alianza. Editorial: biblioteca nueva.

Gonzales, A., tenorio, A. y Vintimilla, A. (2015). *Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología en el hospital José carrasco Arteaga, 2015* (Tesis título medica). Recuperado de <http://dspace.dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22503/1/TESIS.pdf>.

Gonzales, P. (2007). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/2498/Gonzales>.

Holland, J. (2010). *Factores que influyen en la adaptación del cáncer*. Ciudad DE New York: Editorial Cáncer.

Ignacio, A (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Izaias, C. (2003). *Depresión causas, consecuencias y tratamiento*. Recuperado de http://www.luzespiritual.org/Libro/depresion_causas_consecuencias_y_tratamiento_espanhol.pdf.

Labrador, F., Amador, B; Arranz, P; Barreto, P; Bayón, C; Capilla, P; Costa, M; Cruzado, J; Die, M; Fernández, A; Gonzales, H; Hospital, A; Luciano, C; Manne, S; Muñoz, A; Myers, S; Olivares, M; Páez, M; Palao, A; Pérez, M; Rodríguez, B; Yelamos, C. (2013-2015) *Manual de psicooncología*. Madrid ediciones pirámide.

Lampic C. (2001). *Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening*. *Eur J Cancer*.

León, A. (2016). *Clima social familiar y la depresión de los internos por delito de violación del instituto nacional penitenciario* (Tesis de pregrado). Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Lima.

Marchan, F. (2012). *Ansiedad y depresión en adolescentes con diabetes tipo I* (tesis de pregrado).

Maté, J., Hollenstein, M., y Gil, F. (2004). *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. *Psico-Oncología*. Recuperada de <https://revistas.ucm.es/index.php/psic/article/download/.../16254>.

Ministerio de salud. (2015). *Plan de esperanza*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3395.pdf>.

Ministerio de salud (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.

Moreno, P., y Gutiérrez, A (2011). *Guía de la ansiedad*. Recuperado de <https://orientacascales.files.wordpress.com/2011/11/ansiedad2011.pdf>.

Pedro, A. (2013) *Los programas de motivación en la autoestima de las mujeres con cáncer de mama del hospital solca Ambato en el periodo septiembre 2011 – marzo 2012* (tesis de pre grado). Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5327/1/CS-323-2013Navas%20Pedro.pdf>.

Prieto, A. (2004). *Psicología Oncológica. Revista Española de Terapia Cognitiva-Conductual*. Recuperado de <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v20/psicologica.pdf>.

Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad*. Ciudad de Barcelona, España: Editorial planeta, S. A.

Saco, W. y Beck, A (1995). *Teoría y terapia cognitiva*. Ciudad de Nueva York, país de USA: Second Edition.

Salazar, C. (2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del hospital nacional dos de mayo. Lima – Perú. Julio 2015 – diciembre 2015*. (Título de médico cirujano). Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/454/Salazar_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Spiegel, D. y J. Giese-Davis (2003). *Depression and cancer: mechanisms and disease progression*.

Fernández, C., Hernández, R; Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México, editorial de Mcgraw – Hill / Interamericana, S.A.

Sandin, B., Belloch y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: Mc Graw Hill.

Sierra, J., Ortega y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.

Sosa, R. (2017). *Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta*. (Tesis para optar el Título de Médico Cirujano). Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2662/1/re_med.huma_roxanna.sosa_insomnio.ansiedad.y.depresion_datos.pdf

Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de pregrado). Recuperado de file:///C:/Users/PROPIETARIO/Downloads/tateishi_serruto_victor_estilos.pdf

Vásquez, O., Castillo, E., García, A., Ponce, J., Avitia, M., Aguilar, S. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer*. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSC/article/viewFile/48903/45629>.

Vila, J. (1984). *Implicaciones terapéuticas de la experimentación psicofisiológica de la ansiedad*. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariospsicologia/article/viewFile/64524/88355>.

Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2011). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena*. Madrid, España: editorial Desclée de Brouwer.

ANEXOS

ANEXO N°01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II - TUMBES, 2018.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Instrumentos	Metodología
¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018?	<p>General: Identificar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes.</p> <p>Específicos: Identificar el nivel de ansiedad en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes</p>	<p>-H_i: Los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018 presentan un nivel de depresión y ansiedad alto.</p> <p>-H_o: Los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018 no presentan un nivel de ansiedad y depresión alto.</p>	<p>-Ansiedad Beck y Clark (1985) conceptualiza la ansiedad como síntomas emocionales negativos que la persona posee tales como sentirse nervioso, sentir que su corazón acelera rápidamente, así como también sudoración y movimientos corporales.</p> <p>-Depresión Beck (1979), conceptualiza la depresión como el resultado de un análisis equivocado de los sucesos y contextos que ha de enfrentar el sujeto.</p>	<p>-Inventario de Ansiedad de Beck (BDI). -Inventario de Depresión de Beck (BDI)</p>	<p>Investigación cuantitativa.</p> <p>Diseño descriptivo.</p>

	<p>2018. Identificar el nivel de ansiedad en la dimensión subjetivo, neurofisiológico, autonómico, síntomas vasomotores en los pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en la dimensión afectiva, motivacional, cognitiva, conductual, física en los pacientes diagnosticados con cáncer. en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018.</p>				
--	--	--	--	--	--

ANEXO N°02: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Puntajes	Niveles
Ansiedad	Beck y Clark (1985) conceptualiza la ansiedad como síntomas emocionales negativos que la persona posee tales como sentirse nervioso, sentir que su corazón acelera rápidamente, así como también sudoración y movimientos corporales.	Subjetivo	Incapacidad para relajarse.	4	20 - 28 =severa 10 - 19 = moderada 0 - 9 = baja	Peplau citado por Gonzales (2007) afirman que los niveles de ansiedad son: Leve: el hombre está en un tiempo de alerta y distingue más que cuando está ansiosa. La atención, la conciencia y la capacidad asociativa son muy altas. Se observan ciertos cambios de comportamiento, que suelen ser vencidos sencillamente. Moderado: Se estrecha el campo perceptivo, pero la persona aún puede facilitar atención si así lo desea. Consigue solucionar sus dificultades de manera normal. Presenta nerviosismo, indecisión, aprehensión y nerviosidad. Aumenta la acción, pero el conocimiento perceptual reduce, la persona no se percata de lo que ocurre en su contexto. Severo: se aprieta la habilidad de observación hasta solo indicar el objeto de la ansiedad. El campo
			Miedo a que suceda lo peor.	5		
			Sensación de inestabilidad e inseguridad física.	8		
			Terrores.	9		
			Nerviosismo.	10		
			Miedo a perder el control.	14		
			Miedo a morir.	16		
		Neurofisiológico	Temblor generalizado o estreñimiento.	13	11 - 21 = Moderada 0 - 10 = Baja	
			Sobresaltos.	17		
			Molestias digestivas abdominales.	18		
			Palidez.	19		
		Autonómico	Palpitaciones o taquicardia.	7	10 - 12 = Severa 5 - 9 = Moderada 0 - 4 = Baja	
			Sensación de ahogo.	11		
			Dificultad para respirar.	15		
		Síntomas Vasomotoras	Sensación de calor	2	10 - 12 = Severa 5 - 9 = Moderada 0 - 4 = Baja	
Rubor facial	20					
Sudoración	21					

						perceptivo se estrecha considerablemente y el sujeto le importa por detalles dispersos. La actividad mental es alta, frenando que la persona logre entender y la intensidad es tan alta que puede entrar en terror, en el cual sus pensamientos y el lenguaje se vuelven confusos.
Depresión	Beck (1979), conceptualiza la depresión como el resultado de un análisis equivocado de los sucesos y contextos que ha de enfrentar el sujeto.	Afectiva	Tristeza	A	15 - 18 = Severa 10 - 14 = Moderada 5 - 9 = Leve 0 - 4 = No hay depresión	Strange citado por León (2016) manifiesta que la depresión se clasifica en: Depresión moderada: Las manifestaciones de los pacientes son: Pensamiento pesimista, Aspecto deprimido, Ansiedad, Manifestaciones fisiológicas, cambios en la actividad motora. Depresión severa: en este tipo de depresión, las sintomatologías son iguales, pero más intensos, además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. También algunos pacientes pierden contacto con el contexto. Depresión leve: las manifestaciones son similares a la depresión
			Sentimientos de culpa	E		
			Predisposición para el llanto	J		
			Irritabilidad	K		
		Motivacional	Insatisfacción	D	9 - 10 = Reserva 6 - 8 = Moderada 3 - 5 = Leve 0 - 2 = No hay depresión	
			Ideas suicidas	I		
		Cognitiva	Pesimismo frente al futuro	B	30 - 36 = Severa 20 - 29 = Moderada 10 - 19 = Leve	
			Sensación de fracaso	C		
			Expectativas de castigo	F		
			Auto disgusto	G		
Indecisión	M					

		Auto imagen deformada	N	0 - 9 = No hay depresión	severa, sin embargo, con la intensidad en disminución. Entre estas manifestaciones encontramos, las sintomatologías obsesivas, los miedos y la ansiedad.
		Preocupaciones somáticas	T		
		Auto acusaciones	H		
	Conductual	Alejamiento social	L	12 - 13 = Severa	
		Retardo para trabajar	O	8 - 11 = Moderada	
		Fatigabilidad	Q	4 - 7 = Leve	
				0 - 3 = No hay depresión	
	Física	Perdida de sueño	P	14 - 15 = Severa	
		Pérdida de apetito	R	9 - 13 = Moderada	
		Pérdida de peso	S	4 - 8 = Leve	
		Perdida del deseo sexual	U	0 - 3 = No hay depresión	

ANEXO N°03: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL ANTEPROYECTO.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Tumbes - Perú

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

RESOLUCIÓN N° 022-2018/UNTUMBES-FACSO-D.

Tumbes, 25 de enero de 2018.

VISTO: El Expediente N° 131, del 18 de enero de 2018, correspondiente al informe N°006-2018/UNT/FACSO-U.INV., mediante el cual los docentes que constituyen la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, alcanzan, para su reconocimiento, el anteproyecto de tesis titulado "**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018**", que para optar el título profesional de licenciada en psicología, ha presentado la estudiante LINCI SMIT MENDOZA PERALTA, informe con el que también se propone a los docentes que deben conformar el jurado calificador que tendrá a su cargo la evaluación de dicho documento académico; y

CONSIDERANDO:

Que en conformidad con lo establecido en el numeral 45.2 del artículo 45. de la Ley Universitaria N°30220 y el artículo 90. del Estatuto de esta Universidad, para optar el título profesional se requiere la presentación y sustentación de una tesis;

Que en conformidad con lo expuesto, deviene procedente el reconocimiento del anteproyecto de tesis titulado "**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018**", para efectos de su evaluación, como tal, por el jurado calificador que también se constituye con esta Resolución, en virtud de la propuesta formulada, al efecto, con el informe señalado en la referencia;

Que complementariamente a lo señalado en el considerando precedente, se impone la necesidad de efectuar, como corresponde, la designación del docente asesor de dicho documento académico;

Que en razón de lo anterior, es conveniente disponer lo pertinente en relación con lo aquí expuesto, en los términos que se consignan en la parte resolutive;

En uso de las atribuciones que son inherentes al señor Decano de la Facultad de Ciencias Sociales;



RESOLUCIÓN Nº 022-2018/UNTUMBES-FACSO-D.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- RECONOCER a la estudiante LINCI SMIT MENDOZA PERALTA, como autora del anteproyecto de tesis titulado **“NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018”**, presentado por dicha estudiante.

ARTICULO SEGUNDO.- CONSTITUIR el Jurado Calificador del anteproyecto de tesis titulado **“NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018”** con la siguiente conformación:

Presidenta: Dra. Marilú Elena Barreto Espinoza
Secretaria: Dra. Eva Matilde Rhor García-Godos
Vocal: Mg. Carlos Alberto Coronado Zapata.

ARTICULO TERCERO.- DESIGNAR al Mg. Alexander Ordinola Luna, como asesor del anteproyecto de tesis titulado **“NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018”** lo que se dispone en razón de lo señalado en la parte considerativa.

Dada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes, el veinticinco de enero del dos mil dieciocho.

REGÍSTRASE Y COMUNICASE: (Fdo.) Dr. ALCIDES IDROGO VÁSQUEZ, Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes; (Fdo.) Mg. WENDY JESÚS C. CEDILLO LOZADA, Secretaria Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes.

C. c.
- RECTOR-VRACAD-VRINV- OG.CDA
- FACSO-DEPS- DDPS - REG.TEC
- HIST. ACAD.- Interesado-Archivo
AN/D.
WJCL/Sec. Acad.
RMO


Mg. Wendy Jesús C. Cedillo Lozada
SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO N°04: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Tumbes - Perú

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

RESOLUCIÓN N° 084-2018/UNTUMBES-FACSO-D.

Tumbes, 23 de julio de 2018.

VISTO: El expediente N°1192, del 20 de julio del 2018, correspondiente a la comunicación en la cual el presidente del Jurado constituido con la Resolución Decanal N°022-2018/UNTUMBES-FACSO-D, del 25 de enero del 2018, alcanza el anteproyecto de tesis titulado "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018", presentado por la estudiante LINCI SMIT MENDOZA PERALTA, para optar el título de licenciada en psicología; y

CONSIDERANDO:

Que de lo consignado en el acta suscrita por los integrantes del indicado jurado, el 22 de mayo del año en curso y que obra en el expediente señalado en la referencia, se desprende que el mencionado anteproyecto de tesis ha sido debidamente corregido por la mencionada estudiante y favorablemente evaluado para efectos de su correspondiente aprobación como proyecto de tesis;

Que teniendo en cuenta lo expuesto, deviene procedente la aprobación del indicado documento, con el carácter de proyecto de tesis y cuya evaluación debe continuar a cargo de los docentes miembros de ese mismo jurado calificador;

Que en razón de lo anterior, es conveniente disponer lo pertinente, en relación con lo aquí expuesto, en los términos que se consignan en la parte Resolutiva;

En uso de las atribuciones conferidas al señor Decano de la Facultad de Ciencias Sociales;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el proyecto de tesis titulado "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018", presentado por la estudiante de la Escuela Profesional de



RESOLUCIÓN N° 084-2018/UNTUMBES-FACSO-D.

Psicología LINCI SMIT MENDOZA PERALTA, para optar el título profesional de licenciada en psicología, documento cuyo texto forma parte de esta Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCOMENDAR al Jurado Calificador constituido con la Resolución Decanal N°022-2018/UNTUMBES-FACSO-D, del 25 de enero del 2018, la evaluación del proyecto de tesis titulado "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018". Dicho Jurado tiene la siguiente conformación:

Presidenta: Dra. Marilú Elena Barreto Espinoza
Secretaria: Dra. Eva Matilde Rhor García-Godos
Vocal: Mg. Carlos Alberto Coronado Zapata.

ARTÍCULO TERCERO.- RATIFICAR al Mg. Alexander Ordinola Luna, como asesor del proyecto de tesis titulado "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO II-2 TUMBES 2018", designado como tal con la Resolución Decanal N°022-2018/UNTUMBES-FACSO-D.

ARTÍCULO CUARTO.- COMUNICAR la presente Resolución a los docentes aquí nominados, para que actúen en consecuencia.

Dada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes, el veintitrés de julio del dos mil dieciocho.

REGÍSTRASE Y COMUNÍCASE: (Fdo.) Dr. ALCIDES IDROGO VÁSQUEZ, Decano de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes; (Fdo.) Mg. WENDY JESÚS C. CEDILLO LOZADA, Secretaria Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tumbes.

C. c.
- RECTOR-VIRACAD-VRINV - OGCDA
- FACSO-DEPS- DUPS - REG TEC
- HIST. ACAD - Interesado-Archivo
AWD
WJCLL/Sec Acad.
RMO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Mg. Wendy Jesús Catherin Cedillo Lozada
SECRETARIA ACADEMICA

ANEXO N°05: CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

La presente investigación denominada "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II - TUMBES 2018" es conducida por LINCI SMIT MENDOZA PERALTA, alumna de la ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, pertenece a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, teniendo como objetivo principal de esta investigación Identificar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018.

Yo, _____, identificado con DNI N° _____. Reconozco haber sido informado (a) de las metas y objetivos que tiene esta investigación, así como también de mi influencia como participante de la misma, por lo tanto, acepto participar voluntariamente. También he sido informado (a) que la investigación es conducida por la alumna de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES, LINCI SMIT MENDOZA PERALTA.



Huella Del Participante

Firma Del Participante

AGRADEZCO SU PARTICIPACIÓN

ANEXO N°06: INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE ANSIEDAD DE BECK

FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

1. Ficha Técnica:

Nombre del test: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Autor: Aarón T. Beck y Robert A. Steer

Áreas de aplicación: Neuropsicología, Psicología educativa, forense y del deporte.

21 ítems.

Material: Papel y lápiz.

Rango de aplicación: 13 años a más.

Escalas utilizadas: ("Mínima", "Leve", "Moderada" y "Grave")

Administración: individual y colectiva

Duración: 5-10 minutos.

Validez:

Validez de constructo: Detallan seis modelos desiguales, dos de ellas desarrolladas por alumnos de dos universidades. Asimismo, las Otras dos muestras permanecieron constituidas por individuos mayores que permanecieron a la localidad general, logradas una de ellas por muestreo bola de nieve a partir de los alumnos universitarios, y otra por cantidades de género y edades en diferentes departamentos españolas. Las dos muestras clínicas están constituidas por enfermos externamente atendidos en dos clínicas.

Validez predictiva: Se emplean dos criterios. El primero fundamenta en el que el diagnóstico de la perturbación psíquica que se ejecutó a estos individuos. El segundo criterio se empleó a una sub muestra de los alumnos que se ha citado en el apartado comentarios sobre la validez de constructo. Resultó de emplear la entrevista estructurada Quick DIS-III-R, adaptando los parámetros temporales de sus interrogaciones. Las muestras clínicas son las que se han descrito en el apartado comentarios sobre la validez de constructo. La muestra de alumnos es una sub muestra de las descritas en el mismo apartado. Se empleó la curva COR en la investigación de discriminación diagnóstica y se logró un área bajo la curva de 0.80, que se comprende como un resultado moderado o bueno.

Fiabilidad: la investigación de la fiabilidad de la adaptación española se restringe a la consistencia interna, provocando en diferentes muestras un valor del coeficiente alfa alto (superior a 0.8).

Cuadro 15

Calificación e interpretación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Niveles de Ansiedad	
Ansiedad muy baja	0 – 21
Ansiedad moderada	22 – 25
Ansiedad severa	36 o más

Fuente: Tomado del inventario de Ansiedad de Beck.

ENCUESTA

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:
 (F) (M) Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Grado de
 Instrucción: Primaria () Secundaria () Universitaria () Técnica () Ocupación:
 Lugar de Procedencia: Lima () Provincia

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

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

ANEXO N°07: INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE DEPRESIÓN

FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. Ficha Técnica:

Nombre del test: Inventario de Beck para evaluar depresión.

Autor: Aarón T. Beck.

Año de creación: 1967

Áreas de aplicación: Neuropsicología, Psicología forense y clínica.

21 ítems.

Administración: individual o grupal

Materiales: Papel y lápiz.

Rango de aplicación: 13 años o más de edad.

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

2. Validez:

La validez, se abordó rápidamente un estudio experimental. En el año 1997, Beck, Kovaes y Hollan, profundizaron 44 enfermos externamente que aceptaron a consulta por adecuada decisión y gusto de criterios determinados por el diagnóstico de neurosis depresivas (DSMIII), estos enfermos muestran una depresión de moderada a intensa., (según el inventario de Beck).

Con relación a la semejanza con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), ejecutaron un estudio en una muestra de 178 enfermos diagnosticados con depresión, empleando las escalas de zung, y Hamilton y el Inventario de Beck; aplicaron a un conjunto control de 49 enfermos 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.

3. Confiabilidad:

Se realizó una investigación de confiabilidad en la clínica militar central, se administró el Inventario de Beck en quince enfermos diagnosticados con depresión y prontamente se ejecutó un re test con un intervalo de una semana, obtenido un coeficiente de Cron Bach, obteniendo un coeficiente de 0.81. Los resultados posibilitan que el inventario de Beck tiene confiabilidad aceptable.

Cuadro 16

Calificación e Interpretación del inventario de Beck para evaluar depresión

Niveles de depresión	
No hay depresión	0 – 10
Depresión leve	11 – 20
Depresión moderada	21 – 30
Hay depresión severa	31 a más

Fuente: Tomado del inventario de depresión de Beck

ENCUESTA

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:

(F) (M) Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado ()

A	No me siento triste	<input type="checkbox"/>
	siento tristeza	<input type="checkbox"/>
	siempre siento tristeza y no lo puedo remediar	<input type="checkbox"/>
	estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho	<input type="checkbox"/>
	estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar mas	<input type="checkbox"/>
B	No estoy particularmente pesimista ni me siento muy desanimado con respecto al futuro	<input type="checkbox"/>
	Me siento desanimado respecto al futuro.	<input type="checkbox"/>
	Siento que ya no debo esperar más.	<input type="checkbox"/>
	Siento que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.	<input type="checkbox"/>
	Siento que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.	<input type="checkbox"/>
C	No me siento fracasado	<input type="checkbox"/>
	Me siento más fracasado que otras personas.	<input type="checkbox"/>
	Siento que en la vida he hecho muy pocas cosas que valgan la pena.	<input type="checkbox"/>
	Si pienso en mi vida pasada veo que solo he tenido fracasos.	<input type="checkbox"/>
	Siento que como persona he fracasado por completo (padre, esposo, esposa).	<input type="checkbox"/>
D	No estoy particularmente descontento.	<input type="checkbox"/>
	Casi siempre me siento aburrido.	<input type="checkbox"/>
	No disfruto de las cosas como antes.	<input type="checkbox"/>
	No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.	<input type="checkbox"/>
	Estoy descontento de todo.	<input type="checkbox"/>

E No me siento particularmente culpable
 La mayor parte del tiempo me siento mal
 Me siento culpable
 me siento mal prácticamente todo el tiempo
 Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo
 absolutamente nada.

F No siento que estoy siendo castigado.
 Tengo la sensación que puede sucederme algo malo.
 Siento que estoy siendo castigado o que voy a ser castigado.
 Siento que merezco ser castigado.
 Deseo ser castigado.

G No estoy descontento conmigo mismo.
 Estoy descontento conmigo mismo.
 No me gusto a mí mismo.
 No me puedo soportar a mí mismo.
 Me odio

H No me siento peor que los demás.
 Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
 Me hago reproches por todo lo que no me sale bien.
 Tengo la impresión que mis defectos son muchos y muy grandes

I No pienso, ni se me ocurre dañarme a mí mismo.
 A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no podría hacerlo.
 Siento que muerto estaría mejor.
 Siento que mi familia estaría mejor se yo estuviese muerto.
 Tengo planes definidos para suicidarme
 Si pudiese me suicidaría

- J No lloro más de lo corriente.
- Ahora lloro más que lo que lloraba antes.
- Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.
- K No me siento más irritado que de costumbre.
- Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
- Estoy constantemente irritado.
- Ahora no me irritan ya ni siquiera las cosas con las que antes me enfadaba
- L No he perdido el interés por los demás.
- Ahora estoy menos interesado por los demás que antes.
- he perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía con otras personas
- Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.
- M Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- Ahora me esfuerzo para tomar decisiones.
- Tengo gran dificultad para decidirme.
- Me siento incapaz para tomar decisiones de cualquier tipo.
- N No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer aviejado.
- Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto
- Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.
- O Trabajo con la misma facilidad de siempre.

Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
Ya no trabajo tan bien como antes.
Tengo que hacer un gran esfuerzo.
Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

P Duermo tan bien como antes.
Por las mañanas me levanto más cansado que de costumbre.
Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir.
Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas

Q No me canso más que lo de costumbre.
Me canso más pronto que antes.
Me cansa hacer cualquier cosa.
Me siento demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

R Mi apetito no está peor que lo de costumbre.
Mi apetito no es tan bueno como antes.
Ahora mi apetito está mucho peor.
No tengo en absoluto ningún apetito.

S No he perdido peso, y si he perdido algo, es desde hace poco tiempo.
He perdido más de dos kilos de peso.
He perdido más de cuatro kilos de peso.
He perdido más de siete kilos de peso.

T Mi salud no me preocupa más que lo de costumbre.
Me preocupo más constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.

Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa.

No hago nada más, en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

U No he notado que recientemente haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

No estoy menos interesado que antes por las cosas relativas al sexo.

Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo.

He perdido todo el interés por las cosas del sexo.
