

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE
CUELLO UTERINO DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Bach. Bracamonte Alejandría Ana Guiselle

Bach. Díaz Nizama Diana Liz

Chiclayo, 07 de Octubre del 2015

**DEPRESIÓN Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON
CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE UN HOSPITAL DE
CHICLAYO - 2013**

Por

**Bach. Bracamonte Alejandría, Ana Guiselle
Bach. Díaz Nizama, Diana Liz**

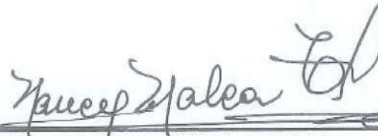
**Presentada a la Facultad de Medicina- Escuela de Psicología de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

APROBADO POR



**Mgtr. Blanca Rojas Jiménez
Presidente del Jurado**



**Dra. Nancy Malca Tello
Secretario del Jurado**



**Lic. Lucila Elsa Arnao Morales
Vocal del Jurado**

CHICLAYO, 2015

Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de
Chiclayo – 2013.

Bracamonte Alejandría Ana Guiselle

Díaz Nizama Diana Liz

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013, para ello se aplicaron dos instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El estudio fue un diseño no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al Servicio de Oncología de un hospital para recibir tratamiento. Se obtuvo como resultados que existe correlación negativa entre ambas variables, lo cual significa, que a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas.

Palabras clave: Depresión, Resiliencia.

Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

El cáncer constituye un importante problema de salud pública, se calcula que cada año fallecen en el mundo cerca de 4300 000 personas debido a esta enfermedad (Cortina, 1997). Se entiende por cáncer, a aquella enfermedad neoplásica que se produce por el crecimiento exacerbado de células, que proliferan de manera anormal y descontrolada dentro del organismo (Callejas 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2005) indica que el cáncer de cuello uterino es actualmente la neoplasia más frecuente en la población femenina. Así mismo, señala que su incidencia es mayor en los países en desarrollo, especialmente en América Latina. En el Perú, el cáncer de cuello uterino se ha convertido en la segunda causa de muerte en las mujeres (Delgado, 2013).

Carmona y Villegas, (2009) consideran que la mayoría de pacientes al recibir el diagnóstico de enfermedades crónicas, como el cáncer, sufren un gran impacto que altera sus procesos psíquicos, puesto que, experimentan malestar emocional y que puede presentarse por un periodo corto de tiempo; o por el contrario, continúa y termina en un trastorno psiquiátrico, siendo el más común la depresión.

En el Perú, la Agencia Peruana de Noticias-Andina (2010) sostiene que el 70% de los pacientes con cáncer en el país desarrolla problemas de salud mental, principalmente depresión asociado con ansiedad y estrés, que afectan el sistema inmunológico, volviendo al organismo más vulnerable. De manera que, la depresión sería una de las principales causas que conlleva a que el cáncer se extienda o dificulte su proceso de recuperación.

Beck (como se citó en Hernández, 2010) refiere que la depresión es un trastorno que altera el estado de ánimo y que puede manifestarse en diferentes grados de intensidad. Su diagnóstico depende de la existencia durante un tiempo prolongado de determinados síntomas típicos que producen malestar psicológico y dificultan en alguna medida la vida normal de las personas.

Brennan (2001) menciona que la crisis de un evento de vida puede ser también considerada como una oportunidad para el crecimiento positivo personal. Durante los últimos años, ha crecido el interés por el estudio de diversos recursos psicológicos que utilizan las personas para afrontar las situaciones difíciles y estresantes. En este sentido, el concepto de resiliencia asume un papel importante en la psicología del paciente, puesto que, ha cambiado la forma en que se percibe el ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad, se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las fortalezas y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor. De manera que, ser una persona resiliente significa enfrentar las experiencias adversas, teniendo la capacidad de adaptarse y recuperarse de manera exitosa.

Afrontar un diagnóstico de cáncer supone desafiar una serie de estresores potenciales que varían de acuerdo a las circunstancias de cada persona. De esta manera, aceptar y adaptarse a la nueva condición de enfermo puede generar en la persona diversos problemas emocionales que disminuyan su capacidad para enfrentar esta situación, o por el contrario, generar respuestas adaptativas (derivadas de la existencia de una reserva de recursos internos) y por consiguiente, lograr sentido de madurez personal y equilibrio emocional. Sin embargo, no se ha encontrado estudios que fundamenten científicamente la relación entre depresión y resiliencia en los pacientes oncológicos. Por ello, frente a esta problemática, se planteó la siguiente interrogante

¿Existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo - 2013?

Una nueva manera de entender la relación entre lo médico y lo psicológico, ha conllevado que los diversos profesionales de la salud extiendan su intervención en el estudio de variables distintas a las estrictamente biológicas, para lograr una visión integral de la persona con enfermedad física.

Los resultados obtenidos de la situación actual de los pacientes atendidos en la Unidad Oncológica del hospital, serán un aporte a la institución de estudio para que en conjunto con los diversos profesionales de salud se incentive a establecer planes de acción enfocados al bienestar integral del paciente que se atiende en dicha unidad, asegurando así, mejor calidad en los servicios brindados.

Con estas medidas, se beneficiará directamente a los pacientes, dándoles la oportunidad de buscar ayuda para un cambio personal, que será percibido por los profesionales que laboran en el hospital y por su entorno.

Del mismo modo, se busca resaltar el rol del profesional de psicología quien se integra a los servicios oncológicos mediante el desarrollo de programas orientados a la prevención, promoción de la salud así como a la mejora de la calidad de vida de las personas enfermas de cáncer.

De esta manera, este abordaje sirve como aporte a la psicología puesto que pretende contribuir con futuras investigaciones y con aquellos profesionales interesados en este estudio.

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar si existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de

Chiclayo – 2013. Y como objetivos específicos identificar el nivel de resiliencia y depresión en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

Depresión y resiliencia

Antecedentes del problema

Córdoba (2014) realizó un estudio sobre la relación entre inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de cérvix de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra estuvo conformada por 60 mujeres en tratamiento. Se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, obteniendo como resultado que el 83% de las pacientes presentaban un nivel moderado de la capacidad resiliente.

Farooqi (2012) llevó a cabo un estudio sobre las diferencias en el nivel de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer en la ciudad de Lahore de Pakistán. La muestra estuvo conformada por 30 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. Se aplicó la escala de depresión (HADS), obteniendo como resultado que las pacientes presentaban mayor nivel de depresión.

Acevedo (2011) realizó una investigación sobre la relación entre resiliencia y bienestar psicológico en el hospital Belén en Trujillo, tomando como muestra 80 mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino que recibían tratamiento de quimioterapia, se les aplicó la escala de resiliencia de Wagnild y Young, obteniendo como resultado que el 39% presentaba nivel alto de resiliencia, 37% nivel medio y 24% nivel bajo.

García (2009) llevó a cabo una investigación en el Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO) de Morelia – Michoacán, el cual tuvo como finalidad medir el nivel de depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer, tomando como población a 78

pacientes, se aplicó el inventario de depresión de Beck, obteniendo como resultado la presencia de depresión en un nivel medio en estos pacientes.

Bejarano, Fuchs, Fernández y Amancio (2009) realizó un estudio en México, cuyo objetivo fue establecer la relación entre el acompañamiento familiar y el estado depresivo en pacientes con cáncer cervicouterino. La muestra estuvo conformada por 106 mujeres que ingresaron a hospitalización del servicio de oncología, con diagnóstico de cáncer en estadio clínico II y III. Se aplicó la escala de depresión de Beck, los resultados demuestran que el 23% de las pacientes se encontraban sin depresión, y el 77% estaban deprimidas, de acuerdo a la puntuación obtenida, el 21% cursaba con depresión leve, 33% moderada y el 23% severa.

Ceballos (2007) llevó a cabo un estudio sobre la relación entre calidad de vida percibida y depresión en mujeres con cáncer cervicouterino del albergue para enfermos con cáncer de la ciudad de Xalapa – Veracruz, la muestra estuvo conformada por 21 mujeres con diagnóstico de cáncer. A las pacientes se les aplicó la Escala de Autoevaluación de Zung, obteniendo como resultado que, el 75% de las pacientes presentaban depresión moderada y el 25% depresión leve.

Ruiz (2003) llevó a cabo una investigación en España, el objetivo fue estudiar la intervención psicológica en pacientes con cáncer. La muestra estuvo conformada por 322 pacientes oncológicas, con un rango de edad entre los 38 a 68 años, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados obtenidos en los niveles de depresión indican que el porcentaje de mujeres con depresión es bajo, puesto que solo el 20,6% presenta depresión moderada o severa, mientras que el 79,4% aunque informa de alteraciones en el estado de ánimo, sus puntuaciones en el inventario de depresión no revelan un estado de ánimo depresivo.

Pancheri, Biondi, Ariaudo, Leone, Nesci y Sacco (como se citó en Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993), realizaron un estudio en Miami sobre las variables implicadas en el origen y curso del cáncer cervicouterino. La muestra estuvo conformada por mujeres diagnosticadas con cáncer, a quienes se les administró el inventario de depresión de Beck, obteniendo como resultados, que un alto porcentaje de las pacientes con cáncer cervicouterino se encontraban deprimidas.

Depresión

Modelos teóricos

Winokur (como se citó en Vásquez, Muñoz y Becoña 2000) refiere que la depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas, en la que no todas las depresiones obedecen a las mismas causas. En la actualidad, existen diversas teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Modelo biológico.

Friedman y Thase (como se citó en Vásquez, Muñoz, Becoña, 2000) refieren que la depresión se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central, entre ellos: Catecolaminas, noradrenalina, dopamina, indolamina, serotonina y acetilcolina; por lo tanto, de acuerdo a esta teoría la depresión se origina por un desequilibrio en los neurotransmisores. De manera científica se ha demostrado que, cuando la persona se deprime sufre un desequilibrio y al momento de tomar la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y el estado de ánimo cambia.

Modelo de autocontrol.

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

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

Modelo psicosocial.

Bennett (como se citó en Martínez, 2008) manifiesta que se ha demostrado que un cierto grado de estrés social puede incrementar el riesgo de sufrir depresión. Dentro de esta teoría se ha propuesto que la depresión se ve influenciada por el esquema social en donde la persona vive. Por su parte Comer (como se citó en Martínez, 2008) refiere que existen lazos entre la depresión y ciertos factores como la cultura, raza y el apoyo social.

De acuerdo a esta teoría, sugiere que el incremento de riesgo de padecer depresión por lo general es causado por el aumento de la sensibilidad de la persona frente a eventos o situaciones estresantes de la vida.

Modelo de indefensión aprendida.

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

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

Modelo psicoanalítico.

Desde la perspectiva del psicoanálisis con Freud (como se citó en Hernández, 2010) la depresión es considerada como aquel resultado de la hostilidad hacia uno mismo. Actualmente viene a considerarse como el fundamento explicativo que consiste en “la vuelta de la agresión hacia sí mismo”, la cual está asociada al origen de aquellos dolores no resueltos por pérdidas durante la niñez, es decir, cuando el niño siente la sensación de abandono, es entonces cuando vuelca aquella agresión hacia sí mismo.

A partir de este modelo, surge una premisa que manifiesta la “necesidad de sufrir” que tiene el individuo depresivo; siendo una característica fundamental en este trastorno.

Modelo conductual.

Este modelo considera a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, puede ser en términos de bajo reforzamiento positivo o de tasas bajas de reforzamiento positivo ocasional a las respuestas.

Hops, Sherman y Biglan (como se citó en Vargas, 2009) señalan, que los modelos conductuales ven a la depresión como un fenómeno operante, y como tal, la conducta depresiva es afectada directamente y mantenida por reforzamiento positivo o negativo.

Modelo cognitivo.

Las cogniciones de la persona determinan como siente y actúa. Las emociones no surgen de los sucesos, sino de los pensamientos acerca de ellos. Esto explica por qué unas personas se deprimen y otras no, ante idénticas situaciones (López et al., 1994).

Beck (como se citó en Hernández, 2010) define a la depresión como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Por lo tanto, la persona depresiva ha tenido a lo largo de su historia un conjunto de experiencias negativas, que se han fijado como esquemas cognitivos, los que pueden estar temporalmente inactivos y ser energizados por situaciones desencadenantes.

Para la presente investigación se asumirá el modelo cognitivo propuesto por Beck.

Definición

Dio (como se citó Hernández, 2010) la entiende como aquel malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos.

La Organización Mundial de la Salud (2000) considera a la depresión como un mal endémico y potencialmente letal, impactando sobre el paciente, su familia y su entorno social.

Quinn (como se citó Hernández, 2010) la entiende como una condición médica grave que afecta no sólo sentimientos y las emociones del paciente, sino también su

salud, sus relaciones interpersonales, su habilidad para trabajar de manera eficientes y su capacidad para concentrarse y pensar con claridad.

Garza (como se citó Hernández, 2010) describe que la depresión es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

Fernández (como se citó en Kahl y Gallero, 2010) la define como un proceso normal ante circunstancias no deseadas, que sumerge a la persona en una crisis vital que podrá concluir con su superación y mayor crecimiento personal o por el contrario puede debilitarlo y predisponerlo a todo tipo de trastornos.

Beck (como se citó en López et al., 1994) señala a la depresión como un trastorno emocional, manifestado en personas con una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionados de la realidad.

“Y se asumirá la última de las definiciones referidas”.

Componentes psicológicos de la depresión

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

La triada cognitiva.

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

Una visión negativa del paciente acerca de sí mismo.

Menosprecia sus habilidades y a su persona, por lo regular atribuye aquellas experiencias desagradables a un defecto suyo, puede ser de corte psicológico, moral y físico. De la misma manera, tiende a subestimarse y a pensar que carece de los elementos necesarios para ser una persona alegre, feliz y competente (Hernández, 2010). Del mismo modo Chinchilla (2008) señala que el paciente se ve desgraciado, torpe, con poca valía y tiene a subestimarse y criticarse a sí mismo en base a sus defectos.

Una tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa.

Hace referencia a la forma negativa que tiene para interpretar todas aquellas vivencias que ha tenido, considerando que todo lo que el mundo le demande parece exagerado y con la presencia de obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos. Así pues todo lo que ha realizado, suele considerarse por él mismo como una derrota o aquello que le acarrea frustración (Hernández, 2010). Atribuyendo a sus malas experiencias un fallo propio, sintiéndose culpable de las cosas que puede sucederle.

Una visión negativa acerca del futuro.

Se puede considerar la prevalencia de realizar proyectos en los que se forman expectativas muy altas y en las cuales se anticipan las dificultades, frustraciones, privaciones, el sufrimiento y fracaso que pudiera tenerse al momento de emprender dichos proyectos (Hernández, 2010).

Esquemas cognitivos.

Llamado también organización estructural del pensamiento depresivo, estos esquemas se definen como aquellas reglas o postulados silenciosos que organizan la recogida y el código de información para transformarla en cogniciones (Chinchilla, 2008).

Son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un conjunto de situaciones. De modo que, cuando una persona afronta una circunstancia, su esquema transforma los datos en cogniciones, construyendo de esta manera la base desde la cual categoriza y evalúa sus experiencias.

De acuerdo al modelo cognitivo, en la depresión el sujeto pierde el control de sus procesos de pensamiento y se vuelve incapaz de utilizarlos o incluso hacer esquemas más funcionales. El paciente depresivo mantiene actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes, a pesar de tener evidencia objetiva sobre la existencia de factores positivos en su vida. De la gama de estímulos que recibe, el sujeto atiende selectivamente a estímulos, los combina y conceptualiza la situación.

Un paciente predispuesto a reaccionar desmesuradamente a los rechazos más comunes de la niñez puede desarrollar una autoestima negativa, permaneciendo reforzada esa imagen si el rechazo es fuerte; una vez formado el concepto, este influye en los juicios posteriores, así nuestra percepción errónea, evaluación e interpretación de las situaciones puede determinar depresión.

Distorsiones cognitivas.

Según Beck (como se citó en Beck et al., 2005) son distorsiones sistémicas que ocurren en el procesamiento de la información donde el sujeto cree en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de conocer la evidencia contraria. Corresponden a una interpretación de la realidad en función de hipótesis depresivas profundas y son responsables del mantenimiento de conceptos negativos.

Burns (como se citó en Silberman y Aguado, 2005) identificó las siguientes distorsiones habituales, llevando a la persona a pensamientos irrealistas y a sentimientos negativos.

Pensamiento todo o nada.

Son pensamientos extremos, generalizadores con impacto sobre cómo se juzga la persona a sí mismo o a los demás. Estas personas experimentan situaciones que no les sale del todo bien y llegan a desalentarse porque demandan que su desempeño tiene que ser perfecto.

Sobregeneralización.

Conclusiones generales a partir de incidentes aislados, que afectan negativamente a la persona. Surge cuando una persona cree que si algo sucede en una situación, entonces todas la situaciones similares tendrán el mismo resultado.

Este tipo de pensamientos negativos puede llevar a una persona a creer que no puede tener éxito en ciertas cosas, ocasionando la evitación a situaciones similares.

Filtraje.

Esta distorsión se activa cuando la persona sólo puede ver lo negativo en cada situación. Se centra en un detalle de la situación con exclusión del resto, encontrándose predispuesto por sus esquemas cognitivos a percibir fracaso o rechazo, con insensibilidad a otros estímulos.

Descontar lo positivo.

De manera general, puede ponerse de manifiesto cuando alguien hace un cumplido y la persona que lo recibe lo minimiza. Esta distorsión puede verse en los padres, quienes minimizan una acción positiva realizada por sus hijos.

Saltar a conclusiones.

Esta distorsión se manifiesta cuando se decide algo acerca de alguien o respecto a algún suceso sin ninguna evidencia para fundamentar la opinión.

Magnificación.

Tendencia a hacer juicios extremos o poner el acento en las consecuencias desagradables. La persona se centra en las cosas negativas y no habla mucho acerca de las cosas positivas que realiza en su vida.

Razonamiento emocional.

Suposiciones sobre cómo se sienten los demás, lo que piensan y lo que les motiva a ello. Dependen de la influencia de pensar que la reacción de los demás es la misma que la de uno mismo.

Afirmaciones debería.

Órdenes autoimpuestas, dictatoriales y extremas, que representan formas no realistas de obligaciones. Esto sucede cuando a una persona siempre se le está diciendo lo que debería o tendría que hacer. Esta demanda fomenta en el individuo sentimientos de culpa, debido a que cree que no puede satisfacer los debería y las expectativas de los demás.

Etiquetaje.

Consiste en asignar un nombre general o una etiqueta global a uno mismo o a los demás casi siempre designándolos con el verbo SER. Esto puede producir una visión estereotipada e inflexible del mundo y de las demás personas.

Personalización y culpa.

Tendencia a relacionar elementos de su entorno con uno mismo. La persona depresiva tiende a estructurar sus experiencias de un modo primitivo, emitiendo juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser externos, negativos, categóricos, absolutistas. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema, como en el pensamiento primitivo, en el cual la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humanas se reducen a pocas categorías (Beck et al., 2005)

Así mismo, tienden a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o derrotas y como algo irreversible, considerándose a sí mismo como perdedor y como una persona predestinada. Los pensamientos distorsionados acerca de diversas situaciones pueden causar problemas debido a que ocasionan un sentimiento y las personas reaccionan de acuerdo a ese sentimiento.

En 1970, Beck forma el modelo cognitivo, tomando como base la manera en cómo el ser humano integra los distintos estímulos e interpretar las experiencias, determinadas por una serie de estructuras permanentes y procesos cognitivos que cada individuo ha ido desarrollando y a su vez reforzado por las interpretaciones que se realiza de las experiencias propias de cada día.

Sintomatología depresiva

Cervera (2011) describe algunos de los síntomas más característicos de la depresión.

Tristeza patológica.

Se diferencia de la tristeza, cuando interfiere negativamente en la vida social, familiar y personal de manera diaria. Aparece sin motivos o como consecuencia de un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, sintiendo como si hubiera

perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia.

El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada y nada le produce placer. En lo sexual, se llega a una disminución de las relaciones sexuales; también disminuye y tiende a desaparecer el placer en el trabajo, en el deporte y en juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Ansiedad.

Es la acompañante habitual de la persona deprimida, en donde experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.

Insomnio.

Al paciente le cuesta conciliar el sueño y además se despierta temprano e irritable. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia.

Alteraciones somáticas.

Por lo común surgen dolores crónicos, se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento.

El paciente tiene la sensación de vivir encerrado, examinando sus pensamientos. Puede estar quieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes; le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso.

La mayoría de los pacientes pierde el apetito y en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Culpa excesiva.

Siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios que en ocasiones pueden ser de ruina.

Pensamiento suicida.

Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía.

Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas de depresión suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

Clasificación de la depresión

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

Ausencia de depresión.

Se refiere a la ausencia de síntomas o ligera sintomatología que afecta al paciente pero que no impide la función de sus labores cotidianas.

Depresión leve.

De baja intensidad que incluyen síntomas que no incapacitan, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona, generando una dificultad en la toma de decisiones, manteniendo una preocupación por los problemas, tanto económico como

personal, mostrándose pesimista respecto a su salud dudando de alguna mejoría, pero es capaz de cambiar esa opinión negativa cuando le hace razonar y le hace ver lo contrario.

Depresión moderada.

Demostración de una indiferencia por los demás, pudiendo llegar a serios auto reproches y auto acusaciones, las mujeres descuidan significativamente su apariencia personal, manteniendo una sensación de culpa y expectativa de castigo, teniendo una pérdida de apetito, el deseo sexual disminuye notablemente, generalmente se siente cansado y evita la actividad, puede permanecer cansado durante largos ratos y en silencio.

Depresión grave.

En una persona con depresión grave, los síntomas son más intensos, aquí el paciente puede llegar a un mutismo absoluto, pueden presentar delirios alrededor de su pensamiento pesimista, acerca del presente, pasado y futuro y a los eventos que se den en la familia, con autoacusaciones, dudando de sí misma con un auto desagrado, expectativas de castigo e ideas suicidas, manteniendo un llanto, mostrando en ocasiones irritabilidad o indiferencia, fatigabilidad, teniendo una pérdida de peso notable.

Depresión y cáncer

La relación entre el cáncer y el estado de ánimo ha sido sugerida desde la antigüedad (Sirera, Sánchez y Camps, 2006). Hipócrates hablaba de la asociación entre las personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno en la misma línea, pensaba que las mujeres melancólicas eran las más vulnerables al cáncer que las mujeres de temperamento sanguíneo.

Maté, Hollenstein y Gil (2004) refieren que, el diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan frecuentemente un malestar emocional importante, tanto a nivel físico, como psíquico y social.

Las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad pueden ser más dañinas que ésta porque pueden interferir en el tratamiento (Prieto, 2004).

De acuerdo a lo mencionado por este autor, cabe resaltar que, es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento del organismo, por ello en la curación es tan importante un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico.

Resiliencia

Modelos teóricos

Teoría del desarrollo psicosocial de Grotberg.

Grotberg indica que el componente dinámico para ser una persona resiliente o no, depende del juego que se da entre los distintos factores y el rol que desempeña cada factor en los diversos contextos (Flores, 2008). Del mismo modo, afirma la resiliencia puede ser una respuesta ante la adversidad que se presenta en un momento determinado o a lo largo de la vida, y puede ser promovida durante el desarrollo del niño.

De acuerdo a la teoría de Grotberg (como se citó en Flores, 2008) para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir fortalecido de ellas, menciona cuatro fuentes importantes:

Yo tengo.

Se refiere a las situaciones que se encuentran dentro de su entorno social.

Yo soy y yo estoy.

Estas dos fuentes hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales

Yo puedo.

Se refiere a las habilidades que posee en las relaciones con los demás.

Teoría por Wagnild y Young.

Wagnild y Young (1993) refieren que la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

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

Satisfacción personal.

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

Ecuanimidad.

Implica un balance de la propia vida y las experiencias, así como, tomar las cosas tranquilamente y moderando respuestas extremas ante la adversidad.

Sentirse bien solo.

Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única, que existen experiencias que deben enfrentarse solos. Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Confianza en sí mismo.

Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades, también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

Perseverancia.

Es la persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro, de continuar luchando para construir la vida de uno mismo y de practicar la autodisciplina.

Modelo del desafío por Wolin y Wolin.

Este modelo propuesto por Wolin y Wolin hace referencia al descubrimiento de aquellos factores personales que son activados por los sujetos al enfrentarse a las adversidades y que les garantizan en mayor medida que sus respuestas sean exitosas.

Según Puig y Rubio (2011) estos pilares de la resiliencia “evolucionan a través de cada una de las etapas del desarrollo de la persona, adaptando distintas manifestaciones en cada una de ellas, y aunque estas capacidades son personales se han generado y fortalecido a través de la interacción con el ambiente.

Los diferentes “pilares” propuestos por Wolin y Wolin (como se citó en Flores, 2008) se mencionan a continuación:

Autoestima consistente.

Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, suficientemente bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

Introspección.

Entendida como la capacidad de examinarse internamente y darse respuestas honestas.

Independencia.

Se refiere a la capacidad de establecer límites entre uno mismo y ambientes adversos. Gracias a esta capacidad las personas adquieren conocimientos acerca de cómo son y pueden así configurar una visión realista de sus capacidades, talentos, recursos y defectos con lo que se incrementarán las probabilidades de acertar en la toma de decisiones.

Interacción.

Consiste en establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. En la vida de las personas, es una constante experimentar el deseo de sentirse queridos por los demás, vinculados con los otros, percibir su apoyo, su cuidado y a la vez ser capaces de hacérselo sentir a otros.

Iniciativa.

Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Creatividad.

Corresponde a la capacidad de crear orden, belleza y un propósito a las situaciones de dificultad o caos. También se señala como una cualidad del funcionamiento de la mente humana, que lleva a generar nuevos conceptos, hipótesis, apreciaciones y posibilidades de acción ante las circunstancias, que da lugar a que se incremente la capacidad de desenvolverse en el mundo.

Humor.

Se define como la capacidad que contribuye a mantener una actitud positiva frente a la vida. A través del humor se llega a descubrir aspectos positivos que nunca se habían apreciado en la realidad, a afianzar las relaciones con los demás e incluso, en ocasiones, a revelar un nuevo sentido o significado que nos ayude a reanudar la vida. Para Forés y Grané (2007) el humor hace referencia a la capacidad de conservar la sonrisa ante cualquier adversidad. El humor se puede convertir en un medio para encontrarse de nuevo, para salir de la oscuridad de la adversidad.

Moralidad.

Implica el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores.

Pensamiento crítico.

Melillo, Soriano, Méndez y Pinto, 2004 (como se citó en Flores 2008) señalan que es la capacidad que permite analizar las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, y se propone modos de enfrentarla y cambiarla.

Para la presente investigación se asumirá el modelo propuesto por Wagnild y Young.

Definición

Rutter (como se citó en Salgado, 2005) define la resiliencia como la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y triunfar a pesar de las adversidades.

Wagnild y Young (1993) refieren que la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello

connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

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

Calhoun y Tedeschi (como se citó en Flores, 2008) alude al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático.

Quintero (2000) considera que es la aptitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades y la posibilidad de construir basándose en las fuerzas propias del ser humano. No sólo es sobrevivir a pesar de todo, sino que es tener la capacidad de usar la experiencia sobre las situaciones adversas para proyectar el futuro.

Luthar (como se citó en Flores, 2008) sostiene que es un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.

Manciaux, Vanistebdael, Leconte y Cyrulnik (como se citó en Valero y García, 2007) refieren que la resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

Grotberg (como se citó en Oblitas, 2006) señala que es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas.

Lamas (como se citó en Flores, 2008) describe a la resiliencia como la capacidad de los seres humanos para sobreponerse a las crisis y construir positivamente sobre ellas.

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

Forés y Grané (2007) la riqueza de la resiliencia radica en la superación de la adversidad pero también en la transformación y el crecimiento que las personas pueden experimentar tras sucesos adversos.

Felipe (2012) define la resiliencia como la capacidad de una persona de salir adelante después de haber vivido alguna situación estresante.

De acuerdo a los conceptos expuestos por los autores se puede concluir, que la resiliencia es la capacidad que tiene el individuo para enfrentar adecuadamente diversas situaciones estresantes y construir en base a ellas, nuevas alternativas de superación y crecimiento personal, que ayuden a mantener un equilibrio en su salud física y mental.

La definición que se asume para la presente investigación:

Wagnild y Young (1993) refieren que la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

Características de una persona resiliente

Saavedra (2004) señala que aquella persona con características resilientes es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, posee un sentido positivo de sí mismo, divide los problemas, muestra un sentido de esperanza frente a las dificultades, desarrolla iniciativas y se fija metas que son posibles de alcanzar.

Así mismo, las personas resilientes saben aceptar la realidad tal como es, tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido y reflejan una inquebrantable capacidad para mejorar. Además, presentan habilidades como:

Capacidad para identificar de manera precisa las causas de los problemas e impedir que vuelva a suceder en el futuro o por el contrario, manejar las situaciones parecidas con mayor conocimiento.

Capacidad para controlar sus emociones, sobre todo ante la adversidad y permanecer centrado en situaciones de crisis.

Optimismo realista.

Se consideran competentes.

Son empáticos.

Poseen capacidad para buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas.

Marco conceptual

Para la presente investigación se asume la definición:

Depresión

Beck (como se citó en López et al., 1994), el cual refiere que la depresión es un trastorno emocional, manifestado en personas con una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionados de la realidad.

Ausencia de depresión.

Se refiere a la ausencia de síntomas o ligera sintomatología que afecta al paciente pero que no impide la función de sus labores cotidianas.

Depresión leve.

De baja intensidad que incluyen síntomas que no incapacitan, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona.

Depresión moderada.

Demostración de una indiferencia por los demás, auto reproches, auto acusaciones, pérdida de apetito, el deseo sexual disminuye, se siente cansado y evita la actividad, puede permanecer en silencio.

Depresión grave.

Los síntomas son más intensos se puede llegar a un mutismo absoluto, delirios alrededor de su pensamiento pesimista acerca del presente, pasado y futuro y a los eventos que se den en la familia, autoacusaciones, expectativas de castigo e ideas suicidas, manteniendo un llanto, mostrando en ocasiones irritabilidad o indiferencia, fatigabilidad, teniendo una pérdida de peso notable.

Resiliencia

Para la presente investigación se asume la definición de Wagnild y Young (1993) quienes refieren que la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

Resiliencia alta.

Las características usuales de una persona con buena capacidad resiliente es la empleabilidad de estrategias de convivencia, siendo asertiva, controlando sus impulsos. Es sociable, flexible, posee un fuerte control interno frente a los problemas, es autónoma

y ve de manera positiva el futuro; posee además, la capacidad de automotivarse, manteniendo la confianza en sí misma.

Resiliencia media.

Los factores ambientales intervienen para ayudar a la persona a fortalecer su capacidad resiliente. El entorno expresa expectativas positivas y mantiene firme las decisiones de la persona en situaciones difíciles.

Resiliencia baja.

No acepta la realidad tal como es, muestra sentimientos de inferioridad y una desfavorable visión del futuro, carece de optimismo, se muestra vulnerable y se niega la posibilidad de enfrentar la situación por la que pasa.

Variable e hipótesis

Tabla 1

Definición operacional de Depresión

Definición Conceptual	Dimensiones	Ítems	Niveles
<i>Depresión</i> Beck (1976) Trastorno emocional, manifestado en personas con una visión negativa y errónea de las circunstancias, basándose en esquemas distorsionados de la realidad.	Tristeza	01	No depresión
	Pesimismo	02	
	Sensación de fracaso	03	
	Insatisfacción	04	
	Culpa	05	
	Expectativa de castigo	06	0-9
	Auto desagrado	07	Depresión Leve
	Auto acusaciones	08	
	Ideas suicidas	09	
	Llanto	10	
	Irritabilidad	11	Depresión Moderada
	Separación social	12	
	Indecisión	13	
	Cambio de la imagen corporal	14	Depresión Grave
	Retardo laboral	15	
	Insomnio	16	
	Fatigabilidad	17	
	Anorexia o bulimia	18	
	Pérdida de peso	19	≥ 30
	Preocupación psicósomática	20	
	Pérdida de libido	21	

Tabla 2

Definición operacional de Resiliencia

Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Niveles
Wagnild y Young (1993) La resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.	Ecuanimidad	7,8,11,12	Alto 135-175
	Sentirse bien solo	5,3,19	
	Confianza en sí mismo	6,9,10,13,17,18,24	Medio 118-134
	Perseverancia	1,2,4,14,15,20,23	Bajo 0-117
	Satisfacción Personal	16,21,22,25	

Hipótesis

Existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

Método**Tipo de estudio**

La investigación es de tipo No Experimental.

Como señala Parra y Darío (2006) es aquella que resulta imposible manipular variables. No hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudio. Por lo general se observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después ser analizados.

Diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es de tipo descriptivo correlacional, pues tiene como finalidad determinar la relación que existe entre dos variables: depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo- 2013.

Hernández, Fernández y Baptista (2010) mencionan que el diseño descriptivo correlacional pretende medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Población

En la presente investigación, la población estuvo conformada por 544 pacientes con cáncer de cuello uterino, entre las edades de 25 y 65 años, que asisten al Servicio de Oncología de un hospital de Chiclayo- 2013.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 102 pacientes que asisten al Servicio de Oncología de un hospital, durante el periodo de octubre – diciembre del 2013.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, participaron en la investigación mujeres con cáncer de cuello uterino. Fernández (2004) refiere que es un procedimiento que consiste en seleccionar las unidades muestrales más convenientes para el estudio o en permitir que la tipificación de la muestra sea totalmente voluntaria.

Criterios de selección**Criterios de Inclusión.**

Pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino del II y III estadio, que acuden al Servicio de Oncología para recibir tratamiento.

Pacientes cuyas edades oscilan entre 25 - 65 años.

Criterios de Exclusión.

Pacientes que padezcan otro tipo de enfermedad adicional al cáncer de cuello uterino.

Criterios de Eliminación.

Pacientes que respondan en forma incorrecta el cuestionario.

Procedimiento

Para ejecutar la investigación se hizo uso de la entrevista para confirmar que se cumpliera con los criterios de la población.

Para iniciar la evaluación, al momento de entregar la hoja informativa y al término de su lectura, se enfatizó la confidencialidad de la información, la voluntariedad de su

participación y el anonimato de la evaluación, así como también la autonomía de realizar las preguntas durante el proceso.

Luego se procedió a la entrega de ambos cuestionarios dando las siguientes instrucciones: Usted deberá responder dos cuestionarios, para ello dispondrá de 20 minutos aproximadamente.

El primer cuestionario, evalúa el grado de depresión, tiene 4 opciones de respuesta cada una con un valor numérico, que de acuerdo a su criterio, deberá responder cual de la afirmaciones describe mejor como se ha sentido durante esta última semana incluido el día de hoy, procurando responder con sinceridad.

El segundo cuestionario evalúa la resiliencia, siendo la capacidad para afrontar diversas situaciones, el cual tiene 7 opciones de respuesta. A la derecha de cada fila usted encontrará siete números desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Deberá marcar con un aspa (x) o círculo (o) en la opción que crea conveniente, procurando responder con sinceridad.

Al finalizar el llenado de los cuestionarios, se agradeció a las participantes por su colaboración y se les indicó que los resultados serían entregados a los interesados al finalizar el estudio.

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck.

Está dirigido a adultos y adolescentes, desde la edad de 13 años hacia adelante para evaluar el grado o la intensidad sintomática de la depresión. Consta de 21 preguntas, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos, y los 6 restantes a síntomas somáticos. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos, a mayor puntuación total en el inventario, mayor es la sintomatología depresiva. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión	:	0-9 puntos
Depresión leve	:	10-18 puntos
Depresión moderada:		19-29 puntos
Depresión grave	:	≥ 30 puntos

El inventario ha sido adaptado por Córdova y Sirlopú (2006) en pacientes oncológicos del H.R.D.M. de la ciudad de Chiclayo, contando con una confiabilidad y validez, con buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.957).

Para fines de la investigación se determinó la confiabilidad y validez de la prueba, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes con cáncer de cuello uterino, con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años de un hospital de la ciudad de Chiclayo. De acuerdo a los resultados, la validez del Inventario de Depresión de Beck, se obtuvo mediante la prueba de esfericidad de Bartlett en donde se determinó un alto nivel de significancia, así mismo, el coeficiente KMO (medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin) contrastó las correlaciones parciales entre las variables, tomando valores de 0.701 el cual indica un análisis factorial adecuado. Del mismo modo, se encontró mediante el coeficiente Alpha de Cronbach un valor de 0.92 considerando al instrumento confiable para su aplicación.

Escala de resiliencia de Wagnild y Young.

Fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, su administración es de forma individual o colectiva. Consta de 25 reactivos.

La escala está conformada por cinco factores: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems). Todos los ítems son calificados positivamente. La puntuación total se obtiene sumando los puntajes de cada ítem que van de 1 a 7.

El puntaje global que arroja este instrumento está dado en tres niveles: bajo, medio y alto, con puntajes de 0-117, 118-134 y 135+, respectivamente.

En el Perú, se obtuvo la confiabilidad de este instrumento en la ciudad de Trujillo, en pacientes oncológicos, se logró a través del Coeficiente de alpha de cronbach 0.732.

También se estableció el alpha de cronbach por cada factor: satisfacción personal (0.74), ecuanimidad (0.71), Perseverancia (0.73), confianza en sí mismo (0.70), y Sentirse bien solo (0.75).

Para fines de la investigación se determinó la confiabilidad y validez de la prueba, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes con cáncer de cuello uterino, con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años de un hospital de la ciudad de Chiclayo obteniéndose un alto nivel de significancia de acuerdo a la prueba de esfericidad de Bartlett, del mismo modo, el coeficiente KMO arrojó valores de 0.618 respaldando su validez. Así mismo, se encontró mediante el Alpha de Cronbach un valor de 0.93 considerándose confiable para su aplicación.

Aspectos éticos

Para garantizar que el procedimiento de la investigación sea acorde a los principios éticos, se elaboró un consentimiento informado teniendo en cuenta los principios de autonomía, respeto, voluntariedad y confidencialidad con la finalidad de proteger la integridad del participante, quien después de dar lectura y firmar dicho consentimiento

acepta formar parte del estudio y resolver cada uno de los instrumentos, no obstante, los participantes tuvieron la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio.

La información que se recogió fue mediante la aplicación de instrumentos psicológicos, fue confidencial y no se usó para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Las respuestas al inventario fueron codificadas usando un número de identificación que garantizo el anonimato.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la universidad, del mismo modo, por el Comité Metodológico del hospital.

Procesamiento y análisis de datos

Para la presente investigación se utilizó el programa Excel para realizar el análisis de los datos obtenidos, en donde se procedió con el estadístico de Spearman, con la finalidad de hallar la correlación entre Depresión y Resiliencia en los pacientes de cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

Resultados

La presente investigación pretendió encontrar si existe relación entre Depresión y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo-2013, por lo cual, se obtuvieron los siguientes resultados:

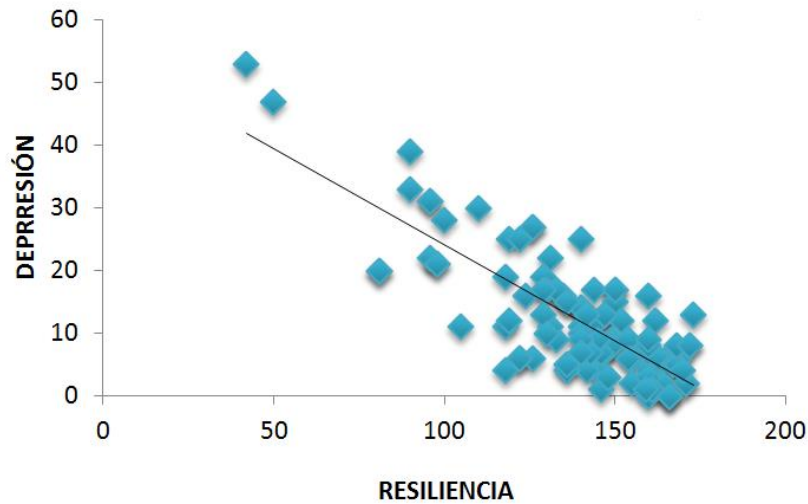


Figura 1.

Diagrama de dispersión de la variable depresión y resiliencia en en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

En la figura 1, se observa una correlación negativa de $-0,6324$ entre depresión y resiliencia en las pacientes de cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013, lo cual significa que a menor depresión, la capacidad resiliente de las pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a los cambios bruscos y aprender a sobrellevarlos.

En la siguiente figura, se presenta los niveles de depresión que existe en las pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

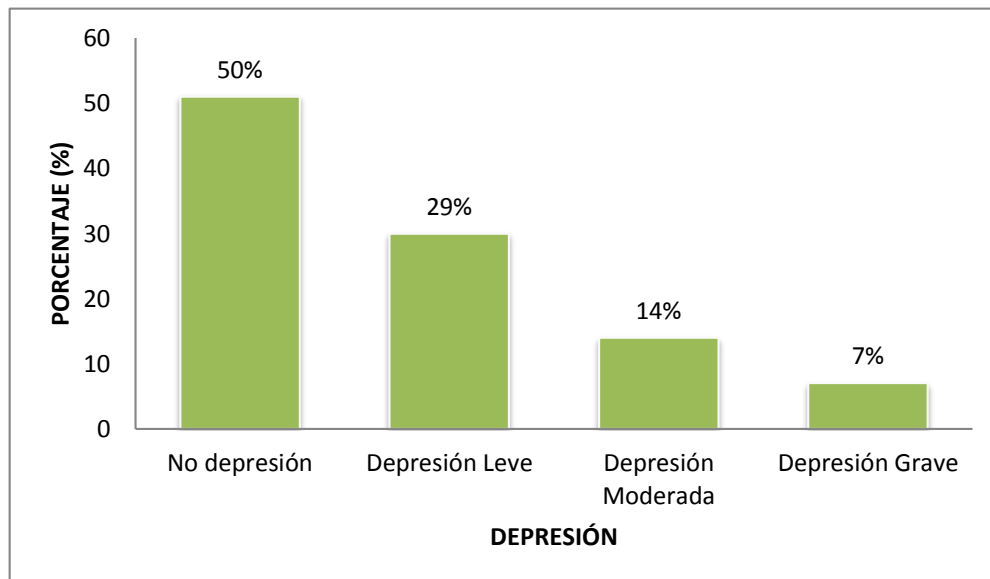


Figura 2.

Niveles de depresión en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

En la figura 2, el 50% de las pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo- 2013 evidencia ausencia de depresión, el 29% depresión leve, el 14% nivel moderado de depresión, mientras que el 7% un nivel de depresión grave.

En la siguiente figura, se muestra los niveles de resiliencia en las pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

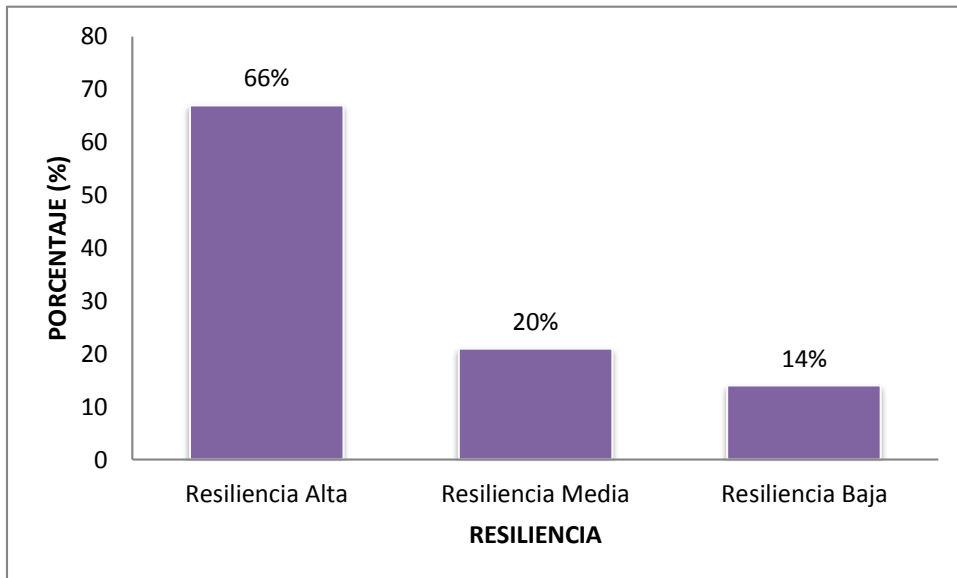


Figura 3.

Niveles de resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que las pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013 tienen un 66 % de resiliencia alta, mientras que un 20 % resiliencia media y un 14 % resiliencia baja.

Discusión

El propósito principal de la presente investigación consistió en encontrar la relación entre depresión y resiliencia en mujeres con cáncer de cuello uterino. Los resultados señalan que existe relación negativa entre depresión y resiliencia, lo cual significa, que a menor depresión, la capacidad resiliente de las pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a los cambios bruscos y aprender a sobrellevarlos. Esto es sustentado por Inbar (2011), quien refiere que la resiliencia es un constructo psicológico, que ayuda a la persona a adaptarse de manera inteligente a los cambios surgidos, resistir y sobrellevar los obstáculos en situaciones de incertidumbre.

En cuanto, al alto porcentaje de ausencia de depresión en las pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013, Franks y Roesh (2006) refieren que las pacientes tenderían a valorar el evento estresante como una amenaza, más que como un daño o pérdida, brindando a las personas una percepción de la situación, con posibilidad de cambio y la obtención de un resultado favorable. Desde esta perspectiva, las pacientes considerarían la enfermedad del cáncer como un evento, que si bien amenaza sus recursos, metas y su vida, esta no determina una visión negativa de su futuro, debido a que el buscar estrategias respecto a su enfermedad, esto podría generar algún tipo de cambio favorable, siendo percibido dicho evento estresante como manejable en alguna medida.

Los resultados obtenidos coinciden con la investigación de Ruiz (2003) quien encontró que el 79% presentaban alteraciones en su estado de ánimo, sin embargo no llegaban a mostrar problemas de depresión, lo que indica que la mayoría lograba lidiar con su contexto estresante.

Por otra parte, existe discrepancia con el estudio realizado por Ceballos (2007) quien encontró que el 75% de la población estudiada presentaban depresión moderada, así mismo, existe diferencias con la investigación de Farooqi (2012) quien al llevar un estudio sobre las diferencias de nivel de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer, encontró que las pacientes mostraban un mayor nivel de depresión, sin embargo, estos resultados se debían a que las pacientes habían sido operadas influyendo significativamente en sus estados de ánimo.

De igual manera, los resultados obtenidos no coinciden con el estudio realizado por García (2009) quien halló la presencia de depresión en un nivel medio en estos pacientes, esto podría deberse a que los pacientes además de haber sido diagnosticadas con cáncer, presentaban conflictos dentro del entorno familiar y/o la pérdida de algún miembro de la familia. Del mismo modo, existe diferencias con la investigación de Pancheri et. al (como se citó en Goodkin, Antoni, Sevin y Fox, 1993) quienes encontraron que las pacientes con cáncer cervical se encontraban deprimidas, debido a que el estudio se llevó a cabo antes de que las pacientes conocieran el diagnóstico; y de acuerdo a Almanza, Rosario, Silva y Huerta (2009) la sospecha y/o diagnóstico de cáncer condiciona a los pacientes un significativo impacto psicológico asociado a diversos grados de sufrimiento emocional. Más aún, cuando la intensidad de un evento estresante permanece por largos periodos de tiempo, si sobrepasa la capacidad de adaptación, llega a producir alteraciones psicopatológicas, siendo las más comunes la depresión y la ansiedad que alteran de forma significativa la calidad de vida del paciente.

De la misma forma se contradicen con los resultados obtenidos en la investigación de Bejarano, Fuchs, Fernández y Amancio (2009) quienes descubrieron que el 77% de la población en estudio se hallaba deprimida y sólo 23% se encontraba sin depresión,

esto podría deberse a que los pacientes tenían que permanecer hospitalizados siendo un factor importante que se involucra con el estado de ánimo de la persona, puesto que disminuye la capacidad de socialización, así como, la adaptación a nuevas rutinas. Del mismo modo, cabe resaltar que en el estudio, el acompañamiento familiar se vio ausentado en un 60% influyendo en el estado de ánimo de las pacientes. Tateishi (2011) señala que la situación de hospitalización genera cambios en el paciente. Estar hospitalizada, convivir con pacientes enfermos y recibir algún tipo de tratamiento, son factores estresantes intensos. Los largos momentos de soledad en las habitaciones, el observar directamente el deterioro de otras personas, repercuten en los pensamientos y en los afectos, experimentándose tristeza, miedo y culpa.

En el presente estudio se trabajó con aquellas pacientes que recibían su tratamiento de forma ambulatoria, lo cual explica, que en la mayor parte de la población se evidencia ausencia de depresión, del mismo modo, durante el proceso del tratamiento, las pacientes contaban con el apoyo familiar, lo que permitía que el procedimiento sea más resistible y tolerable. Esto es sustentado por Holmegrer, Lermada, Cortez, Cárdenas, Aguirre, et al (2005) consideran que la participación de las personas significativas en la vida del paciente, en particular la familia, permite que se produzcan apoyos efectivos para el tratamiento y, por otro lado, tienen una aproximación al impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

A pesar de que la mayoría de estos pacientes no presentan depresión, existe un grupo considerable de ellas que evidencia algún nivel de sintomatología depresiva ya sea leve, moderado y grave, lo que nos indica que estas pacientes presentan un descenso en su bienestar, mostrándose desinteresados y poco motivados para superar la adversidad. Tal como sostiene Beck et al. (2005) quien refiere que los individuos deprimidos valoran desmesuradamente los acontecimientos que implican una pérdida o

privación, considerándolos como globales, frecuentes e irreversibles. Por lo general, los pacientes con cáncer suelen deprimirse porque ante las características de la enfermedad, así como, los diferentes tratamientos que deben cumplirse, tienden a considerarse como personas deficientes, e incapaces de realizar tareas diarias, lo cual genera una gran frustración y disminución de sí misma.

Respecto a la variable resiliencia, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes obtuvo un nivel alto, lo cual indica que las pacientes poseen gran capacidad para enfrentar y superar las adversidades. Estos resultados se asemejan a la investigación realizada por Acevedo (2011) quien halló un nivel alto de resiliencia en estas pacientes, teniendo como factores relacionados a la resiliencia, confianza en sí mismo, sentirse bien sólo y la perseverancia, permitiéndole a la persona enfrentar las situaciones y adaptarse a los cambios para que de este modo pueda llevar una vida saludable, tal como lo sustenta Wagnild y Young (1993), quienes señalan que la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

Del mismo modo, coincide con la investigación de Córdova (2014) quien encontró que en la población conformada por pacientes con cáncer de cérvix, el 83% presentaba un nivel moderado de resiliencia. Así mismo, se evaluó el nivel de educación formal encontrando que el 53% poseía un nivel educativo medio, habiendo terminado la secundaria y continuado una carrera técnica o universitaria, manteniendo de esta manera una mente amplia sobre cómo enfrentar los problemas. Esto es sustentado por Tateishi (2011) quien refiere que es posible que las pacientes más instruidas consigan con mayor rapidez un trabajo y dispongan de más recursos intelectuales para resolver situaciones adversas y de esta manera puedan lograr una mejor comprensión de la enfermedad.

Conclusiones

Existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

Los pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013, presentaron un nivel ausente de depresión.

Se obtuvo un nivel de resiliencia alta en los pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013.

Recomendaciones

Integrar la Unidad de Oncología del hospital, en el diseño de programas preventivo – promocional del Servicio de Psicología con la finalidad de informar e incentivar a buscar ayuda psicológica, siendo una forma de prevención e intervención en el cuidado del paciente oncológico y su entorno familiar.

Contribuir en el bienestar integral del paciente, mediante un Servicio de Psicooncología que logre detectar oportunamente trastornos afectivos o síntomas clínicos que pueden manifestarse durante el proceso de la enfermedad crónica.

Considerar la información obtenida en la Red Científica del hospital, como un estudio realizado para conocer el estado de los pacientes del Servicio de Oncología y sea de aporte para futuros estudios.

Referencias

- Acevedo, A. (2011). *Bienestar psicológico y resiliencia en pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia del hospital Belén de Trujillo*. Perú: Universidad César Vallejo.
- Álamo, G., Fernanda, M., Cardozo, M., y Gonzáles, Y. (noviembre, 2012). Resiliencia en pacientes con cáncer. *Revista de Formación Gerencial*, 11(2). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4192196>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Cortina, C. (1997). *Cáncer: Herencia y Ambiente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Carmona, P., y Villegas, M. (2010). *Intervención psicológica para la depresión desde la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cervera, G. (2011). *Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos*. Recuperado de http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Madrid: Panamericana S. A.
- Faga, S. (2010). *Dinámica de la depresión en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana*. Argentina: Universidad Abierta Interamericana.

- Felipe, M. (2012). *Conducta resiliente y habilidades sociales en internos del centro de integración para adolescentes*. Michoacán: Universidad San Nicolás de Hidalgo.
- Flores, M. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Recuperado de
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/flores_cm/pdf/flores_cm.pdf
- Forés, A., y Grané, J. (2007). *La resiliencia Vull Saber*. Barcelona: UOC. Recuperado de <http://www10.ujaen.es/node/18299/download/1.pdf>
- Franks, H., y Roesh, A. (2006). *Tasaciones y afrontamiento en personas que viven con cáncer: un meta-análisis*. Perú: Universidad Católica del Perú.
- García, D. (2009). *Presencia de ansiedad y depresión en mujeres michoacanas diagnosticadas con cáncer*. Morelia Michoacán: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Recuperado de
<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3003/1/PRESENCIADEANSIEDADYDEPREACIONENMUJERESMICHOCANASDIAGNOSTICADASCONCANCERDEMAMA.pdf>
- García, B., Noguera, E., Muñoz, F. y Morales, J. (2011). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Málaga: GAEDAP.
- Goodkin, K., Antoni, M., Sevin, B. y Fox (1993). *Variables psicológicas implicadas en el origen y curso del cáncer cervicouterino*. Recuperado de
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/3126/Capitulo2.pdf>
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: como superar la adversidad*. Barcelona: Gedisa.

- Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. México: Universidad Autónoma. Recuperado de <http://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: MC Graw Hill.
- Holmegre, D; Lermenda, V; Cortes, C; Cárdenas, I; Aguirre, et al. (2005). *Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 43 (4). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000400002&script=sci_arttext
- Inbar, J. (agosto, 2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. *Revista Psicología, 15(27)*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/1218/1127/>
- Jervis, G., y Gonzales J. (2005). *La depresión dos enfoques complementarios*. Madrid: Fundamentos.
- Kahl, S., y Gallero, R. (2010). *Dinámica de la depresión en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana*. Argentina: Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102405.pdf>
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., y Álvarez, C. (1996). *Resiliencia: construyendo en adversidad*. Santiago de Chile: CEANIM.

- Landeau, R. (2007). *Elaboración de Trabajos de Investigación*. Caracas: ALFA.
- López, J., Sánchez, M., Sotelo, E., y Rodríguez, M. (1994). *Terapia cognitivo conductual en la depresión: Un modelo de competencia*. Recuperado de <http://www.telefonica.net/web2/lopez-villalobos/publicaciones/DEPRESIO.pdf>
- Martínez, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. Puebla: Universidad de las Américas. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/
- Maté, J., Hollenstein, M., y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psico-Oncología*, 1 (2). Recuperada de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/.../16254>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Parra, D y Dario, I. (2006). *Método y conocimiento: metodología de la investigación: Investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Colombia: Universidad Eafit.
- Peña, C. (2011). *Afrontamiento al estrés y depresión en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama*. Perú: Universidad César Vallejo.
- Petri, H. y Govern, J. (2006). *Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones*. México: Thomson.
- Prieto, A. (febrero, 2004). *Psicología Oncológica. Revista Española de Terapia Cognitiva- Conductual*, 2(2). Recuperado de <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncologica.pdf>

- Puig, G. y Rubio, J. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa.
- Quintero, A. (mayo, 2000). *La resiliencia: un reto para trabajo social*. X Congreso Nacional de Trabajo Social, Colombia. Resumen recuperado de <http://www.addima.org/Documentos/Articulos/La%20resiliencia%20Un%20Ret%20para%20el%20Trabajo%20social.pdf>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Chile: Universitaria.
- Salgado, A. (octubre, 2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(11). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1729-48272005000100006&script=sci_arttext
- Shaffer, D., y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo*. México: Thomson.
- Silberman, R., y Aguado, H. (junio, 2005). Procesos cognitivos de la depresión infantil: Algunos lineamientos para los padres. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6(1). Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/7%20PROCESOS%20%20COGNITIVOS%20Y%20%20DEPRESION%20INFANTIL.pdf>
- Sirera, R., Sánchez, P., y Camps, C. (2008). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130035A/15910>
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú

- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Tegueste, R. (19 de enero de 2010). 70% de pacientes con cáncer desarrolla depresión combinada con ansiedad y estrés. Andina, Agencia Peruana de Noticias. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-70-pacientes-cancer-desarrolla-depresion-combinada-ansiedad-y-estres-revelan-275270.aspx#.UbVsIudHK8A>
- Tellería, C. (2008). *Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Recuperado de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3846.pdf>
- Valero, M., y García, M. (2007). *Profesionales de la psicología ante el desastre*. España: Universitat Jaume.
- Valle, R., Zuñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., Jara, J., Aliada, R., Whittemburry, A. (diciembre, 2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes oncológicas. *Medicina*, 67 (4). Recuperado de http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-2012_full.pdf
- Vargas, J., y Sánchez, A. (agosto, 2011). Prevalencia de la depresión en pacientes oncológicos y renales crónicos en tratamiento ambulatorio. *Centro Regional de Investigación de Psicología*, 5(1). Recuperado de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/59_depresion_pacientes_oncologicos_renales.pdf

- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2). Recuperado de http://www.sapibg.org/attachments/article/1054/wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf
- Wolin, S. y Woling (1993). *The resilient self: how survival of troubled families rise above adversity*. Washintong: Villard Books.

Apéndice

N°

N°

Apéndice A

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Edad: _____

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

1)

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

2)

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

3)

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

4)

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

5)

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

6)

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

7)

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

8)

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

9)

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

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

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

12)

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

13)

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

14)

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

15)

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

16)

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

17)

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

18)

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

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20)

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

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Apéndice B

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Ítems	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo estar solo, si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
Soy decidido (a).	1	2	3	4	5	6	7
Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
Tomo las cosas uno por uno.	1	2	3	4	5	6	7
Puedo enfrentar las dificultades porque he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
Por lo general encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro la salida.	1	2	3	4	5	6	7
Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
Acepto que hay personas a las que no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice C

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

TÍTULO DEL PROYECTO

Depresión y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo- 2013

La presente investigación es conducida por Ana Bracamonte Alejandría y Diana Díaz Nizama, de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El propósito de este estudio es determinar si existe relación entre el modo de enfrentar los problemas y la depresión en pacientes con cáncer de cuello uterino de un Hospital de Chiclayo, 2013. Dicho estudio cuenta con la asesoría de la Psicóloga Lucila Elsa Arnao Morales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le brindará dos cuestionarios sobre resiliencia y depresión, seguido de ello, se le pedirá leer atentamente y resolver las preguntas de forma escrita. Dispondrá de un tiempo de 20 minutos aproximadamente, para ello.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Asimismo, sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación, ya que esta evaluación será anónima.

En caso, de surgir alguna duda e inquietud sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. Así como también, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma.

Una vez concluida la investigación puede ser publicada. Si desea saber acerca de los resultados del estudio una vez concluido puede contactarse con las responsables de esta investigación con Diana Díaz Nizama al teléfono 970973916 y con Ana Bracamonte Alejandría al teléfono 948991029.

Agradecemos su participación y colaboración.

Apéndice D**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____ identificada con número de DNI: _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada que tendré que responder a cuestionarios, los cuales durarán un aproximado de 20 minutos. Reconozco que la información que se provea es estrictamente confidencial y anónima y no será usada por ningún motivo para otros propósitos sin mi consentimiento, asimismo, comprendo que mi participación es voluntaria. Puedo realizar preguntas sobre la investigación en cualquier momento y/o que puedo abandonar el estudio cuando yo lo requiera. Es así que presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Apéndice E

Tabla 1

Coeficiente de validez obtenido a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y Prueba de esfericidad de Bartlett del Inventario de Depresión de Beck

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.701
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	455.967
	gl	210
	Sig.	.000

Apéndice F

Tabla 2

Coefficiente de confiabilidad obtenido a través del método de Alpha de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck

Alfa de Cronbach	N de elementos
.928	21

Tabla 3

Estadísticos total-elemento del Inventario de Depresión de Beck

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
PD1	17.53	165.154	.687	.922
PD2	18.07	167.582	.584	.924
PD3	18.10	161.679	.764	.921
PD4	17.60	163.628	.719	.922
PD5	18.10	169.128	.648	.923
PD6	18.00	159.241	.892	.918
PD7	18.10	164.576	.755	.921
PD8	17.53	160.120	.762	.921
PD9	18.40	177.214	.609	.926
PD10	17.43	172.806	.307	.931
PD11	17.50	170.810	.388	.929
PD12	18.17	164.833	.716	.922
PD13	17.77	163.840	.705	.922
PD14	17.87	168.740	.636	.924
PD15	17.57	169.564	.566	.925
PD16	17.50	173.500	.447	.927
PD17	17.53	169.016	.605	.924
PD18	17.77	169.633	.568	.925
PD19	17.57	168.254	.458	.928
PD20	17.57	176.875	.382	.928
PD21	17.00	168.483	.499	.926

Apéndice G

Tabla 4

Coeficiente de validez obtenido a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y Prueba de esfericidad de Bartlett de la Escala Resiliencia de Wagnild y Young.

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.618
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	543.961
	gl	300
	Sig.	.000

Apéndice H

Tabla 5

Coefficiente de confiabilidad obtenido a través del método de Alpha de Cronbach para la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

Alfa de Cronbach	N de elementos
.932	25

Tabla 6

Estadísticos total-elemento de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
PR1	131.30	517.252	.532	.930
PR2	130.67	524.989	.648	.929
PR3	130.37	519.068	.681	.928
PR4	130.67	536.437	.467	.931
PR5	130.70	508.700	.555	.930
PR6	130.40	508.179	.710	.927
PR7	131.30	544.355	.184	.935
PR8	130.23	511.495	.758	.927
PR9	131.33	501.195	.606	.929
PR10	130.70	506.286	.641	.928
PR11	131.63	522.585	.446	.931
PR12	131.03	526.171	.515	.930
PR13	130.37	507.206	.765	.927
PR14	130.73	526.754	.397	.932
PR15	130.50	522.121	.599	.929
PR16	130.23	512.461	.727	.927
PR17	130.47	502.257	.833	.926
PR18	130.13	514.464	.820	.927
PR19	130.70	523.872	.671	.929
PR20	131.37	539.689	.213	.935
PR21	130.13	512.464	.670	.928
PR22	131.03	526.033	.389	.932
PR23	130.37	514.585	.728	.927
PR24	130.70	495.459	.759	.926
PR25	130.93	516.616	.500	.931