

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

**FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y
HUMANIDADES**

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES

Carrera de Psicología



**“RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES
DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA, 2017”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Marcia Alejandra Gambetta Menéndez

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Tacna – Perú

2019

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

**FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y
HUMANIDADES**

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES

Carrera de Psicología



**“RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES
DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA, 2017”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Marcia Alejandra Gambetta Menéndez

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Tacna – Perú

2019

DEDICATORIA

A mi Aita, el sentido de esta investigación. Gracias por enseñarme a valorar la vida y ser mi ejemplo de lucha, estarás siempre presente en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Gabriela y Néstor, y mi hermana Lucciana.

A toda mi familia, el tesoro máspreciado que tengo.

Al Dr. Jesús Delgado, quien me brindó las facilidades para la realización de las evaluaciones del estudio, y motivó a contribuir en el área de la oncología.

A Ximena, quien está en las buenas, malas y peores.

A los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, por su participación voluntaria, y su espíritu de lucha.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos	17
1.4. Hipótesis	18
1.5. Justificación	18
CAPÍTULO 2	20
2.1. Antecedentes	20
2.2. Fundamentos teóricos	26
2.2.1. Estrategias de afrontamiento	26
2.2.2. Depresión	34
2.3. Definiciones básicas	38
2.3.1. Estrategias de afrontamiento	38
2.3.2. Depresión	39
2.3.3. Cáncer	39
CAPÍTULO 3	41
3.1. Identificación y operacionalización de variables	41
3.2. Enfoque, tipo y diseño de la investigación	43
3.3. Ámbito de estudio	44
3.4. Población y muestra	45
3.5. Técnicas e instrumentos	45
3.5.1. Inventario de estimación de afrontamiento (COPE)	45
3.5.2. Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)	46
3.6. Procedimientos	48

3.6.1. Trabajo de campo	48
3.6.2. Procesamiento y análisis de la información	48
CAPÍTULO 4	49
4.1. Resultados	49
4.1.1. Resultados del análisis descriptivo de la variable estrategias de afrontamiento	50
4.1.2. Resultados del análisis descriptivo de la variable niveles de depresión	78
4.1.3. Resultados del análisis descriptivo de la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión	80
4.2. Contrastación de hipótesis	84
4.2.1. Contrastación de la primera hipótesis específica	84
4.2.2. Contrastación de la segunda hipótesis específica	86
4.2.3. Contrastación de la hipótesis general	87
4.3. Discusión	90
CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS	98
ANEXOS	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento planteadas por Lazarus y Folkman	29
Tabla 2. Modelo teórico de Carver, Scheier y Weintraub	31
Tabla 3. Modelo teórico de Weisman	32
Tabla 4. Modelo teórico de Ray, Lindop y Gibson	33
Tabla 5. Modelo teórico del ajuste psicológico de Moorey y Greer	33
Tabla 6. Operacionalización de la variable: Estrategias de afrontamiento	42
Tabla 7. Operacionalización de la variable: Niveles de depresión	43
Tabla 8. Estrategia de afrontamiento: Afrontamiento activo	50
Tabla 9. Estrategia de afrontamiento: Planificación	52
Tabla 10. Estrategia de afrontamiento: Supresión de actividades competentes	54
Tabla 11. Estrategia de afrontamiento: Postergación del afrontamiento	56
Tabla 12. Estrategia de afrontamiento: Apoyo social instrumental	58
Tabla 13. Estrategia de afrontamiento: Apoyo social emocional	60
Tabla 14. Estrategia de afrontamiento: Reinterpretación positiva	62
Tabla 15. Estrategia de afrontamiento: Aceptación	64
Tabla 16. Estrategia de afrontamiento: Acudir a la religión	66
Tabla 17. Estrategia de afrontamiento: Negación	68
Tabla 18. Estrategia de afrontamiento: Enfocar y liberar emociones	70
Tabla 19. Estrategia de afrontamiento: Desentendimiento conductual	72
Tabla 20. Estrategia de afrontamiento: Desentendimiento mental	74
Tabla 21. Estrategias de afrontamiento	76
Tabla 22. Niveles de depresión	78
Tabla 23. Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión	81
Tabla 24. Prueba estadística chi cuadrado bondad de ajuste de la variable estrategias de afrontamiento	84
Tabla 25. Coeficiente de correlación Tau c de Kendall de las variables estrategias de afrontamiento y niveles de depresión	88
Tabla 26. Escala de medida de la correlación Tau c de Kendall	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrategia de afrontamiento: Afrontamiento activo	50
Figura 2. Estrategia de afrontamiento: Planificación	52
Figura 3. Estrategia de afrontamiento: Supresión de actividades competentes	54
Figura 4. Estrategia de afrontamiento: Postergación del afrontamiento	56
Figura 5. Estrategia de afrontamiento: Apoyo social instrumental	58
Figura 6. Estrategia de afrontamiento: Apoyo social emocional	60
Figura 7. Estrategia de afrontamiento: Reinterpretación positiva	62
Figura 8. Estrategia de afrontamiento: Aceptación	64
Figura 9. Estrategia de afrontamiento: Acudir a la religión	66
Figura 10. Estrategia de afrontamiento: Negación	68
Figura 11. Estrategia de afrontamiento: Enfocar y liberar emociones	70
Figura 12. Estrategias de afrontamiento: Desentendimiento conductual	72
Figura 13. Estrategias de afrontamiento: Desentendimiento mental	74
Figura 14. Niveles de depresión	78
Figura 15. Chi cuadrado bondad de ajuste de la variable niveles de depresión	86

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos. El tipo de investigación es básica, y por su nivel de conocimientos es correlacional; en cuanto al diseño es no experimental y transeccional. La población estuvo conformada por 137 pacientes con el diagnóstico de cáncer, pertenecientes al Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Como resultado se determinó que existe relación entre las estrategias de afrontamiento: desentendimiento mental, desentendimiento conductual, enfocar y liberar emociones, aceptación, negación, supresión de actividades competentes, y acudir a la religión; y el nivel de depresión. También, se encontró que la estrategia de afrontamiento de empleo predominante es acudir a la religión; además se halló que el nivel de depresión es mínimo. Finalmente, se comprobó que existe relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, niveles de depresión, cáncer, Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud, Tacna.

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between coping strategies and levels of depression in oncological patients. The type of research is basic, and by its level of knowledge is correlational; in terms of design it is non-experimental and transectional. The population consisted of 137 patients diagnosed with cancer who belonged to the Hospital III Daniel Alcides Carrion of EsSalud of Tacna. The instruments applied were the Coping Estimation Questionnaire (COPE) and the Beck-II Depression Inventory (BDI-II). As a result, it was determined that there is a relationship between coping strategies: mental disengagement, behavioral misunderstanding, focusing and releasing emotions, acceptance, denial, suppression of competent activities and come to religion; and the level of depression. Also, it was found that the coping strategy of predominant employment is to come to religion; it was also found that the level of depression is minimal. Finally, it was proved that there is a relationship between coping strategies and levels of depression in oncological patients of the Hospital III Daniel Alcides Carrion of EsSalud of Tacna.

Keywords: Coping strategies, depression levels, cancer, Hospital III Daniel Alcides Carrion, EsSalud Tacna.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que constituye un problema de salud pública, debido a sus elevados niveles de defunción; a pesar de los avances científicos, en la actualidad no se ha encontrado la cura, sin embargo las políticas sanitarias enfrentan el problema desde la prevención, la detección oportuna de casos en personas con factores de riesgo, y en el control de la enfermedad (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2013a); pese a esto, el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015a) y en el Perú (MINSA, 2007), así mismo, en la región Tacna en el año 2014, se registró que el 11% de las muertes reportadas fueron producto de la mencionada enfermedad (Diario Correo Tacna, 2014).

Al respecto, existen investigaciones que visualizan al cáncer desde un enfoque médico, pero es de suma importancia reconocer el factor psicológico, no solo como una variable que depende de las enfermedades, sino también como un componente que regula el desarrollo de las mismas. El tener el diagnóstico de cáncer es sinónimo de dolor, sufrimiento, tratamientos agresivos y prolongados en el tiempo, incluso de muerte (Sanz & Modolell, 2004), esto puede producir en el paciente ciertos niveles de depresión; así mismo, se dan una serie de cambios en las diversas áreas de la vida, es así que la persona se ve obligada a modificar ciertos recursos psicológicos, específicamente las estrategias de afrontamiento que emplea para hacerle frente a diversos acontecimientos que demanden estrés. Debido a ello, la temática de esta investigación está centrada en ahondar mencionados aspectos psicológicos, con la finalidad de generar nuevos conocimientos y explorar cuál es el papel que desempeñan estas variables.

Es así que, el estudio tiene por objetivo determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, esto servirá para ampliar el panorama de salud mental de las personas con mencionado diagnóstico, y así poder brindar una mejor intervención y prevención oportuna.

Esta investigación consta de cuatro capítulos. En el primero, se presentan lineamientos referentes al problema del estudio; estos lo conforman el planteamiento y formulación del problema, también se encuentran, los objetivos tanto general como

específicos, seguidamente las hipótesis, y finalmente la justificación. En el capítulo dos, se detallan aspectos del marco teórico, mismo que está dividido en antecedentes, fundamentos teóricos de las variables de la investigación, además de las definiciones básicas. En el tercer capítulo se detalla la metodología empleada en la investigación; la cual consta de la identificación y operacionalización de variables, seguidamente del enfoque, tipo y diseño de la investigación, así mismo, el ámbito de estudio, población y muestra en donde se llevó a cabo, las técnicas e instrumentos aplicados para medir las dos variables, y cuáles fueron los procedimientos ejecutados. Por último, el capítulo cuatro está comprendido por los resultados y discusión; específicamente se describen los resultados, seguidamente se encuentra la contrastación de las hipótesis planteadas, y discusión. También, se mencionan las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Para finalizar, es importante mencionar que, este estudio busca contribuir en la psicología, debido a que aporta nuevos conocimientos en relación a la enfermedad del cáncer desde el punto de vista psicológico y no desde un enfoque médico aisladamente; así mismo, el contenido y los resultados sirven de base para el desarrollo de nuevas investigaciones que estén relacionadas con la población o las variables de estudio, considerando que este trabajo es nuevo en la región y poco investigado a nivel nacional e incluso internacionalmente. Además, se puede resaltar que el papel del psicólogo es primordial en relación a la problemática mencionada, por ende, la investigación motiva a generar intervenciones certeras que tengan como propósito orientar el empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas frente a diversas situaciones estresantes y/o reducir los niveles de depresión en las personas que padezcan la enfermedad terminal del cáncer.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Año tras año los trastornos mentales están adquiriendo protagonismo ya que van en aumento progresivamente, se dice que el 25% de las personas padecen de uno o más trastornos de comportamiento a lo largo de toda su vida, precisamente una de las enfermedades mentales más comunes que la población mundial sufre es la depresión, esta se define como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas (OMS, 2016). Se calcula que 350 millones de personas sufren depresión y que entre el 8% y 15% de la población han tenido algún episodio de esta enfermedad a lo largo de su vida; actualmente, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y no solo eso, sino que además contribuye indiscutiblemente a la carga mundial general de morbilidad (OMS, 2015a). Por otro lado, en América Latina la depresión es la enfermedad mental que más aqueja a sus habitantes (Univisión Noticias, 2012) y también es la principal causa de consulta psiquiátrica, de acuerdo con las estadísticas. En el Perú, 20 de cada 100 personas sufren de depresión y estas tienen 30 veces más probabilidades de atentar contra su vida, el 6% de la población mayor de 15 años tiene un episodio depresivo al año y se estima que un millón setecientas mil personas tienen síntomas depresivos (Zubieta, 2014). Específicamente en Tacna, 5 de cada 100 habitantes han tenido algún tipo de episodio de ansiedad o depresión, Tacna es la región que ocupa los primeros lugares en casos de suicidios en el Perú (Mamani, 2013).

De acuerdo a la teoría integradora, se sabe que la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en el desarrollo de la depresión; es decir, existe un componente o vulnerabilidad genética, que es activada por alguna situación vital adversa, misma que es interpretada de acuerdo al contexto del suceso de vida y a su significado (Barlow, 2008).

Así mismo, existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer este trastorno mental, como el alcoholismo o el consumo de drogas, un estrés crónico, la muerte de algún familiar o allegado, el desempleo, decepciones amorosas, enfermedades crónicas, entre otros (Holmes & Rahe, 1967). Es importante saber que la tristeza y la depresión no son equivalentes, ya que la primera puede llegar a ser patológica de acuerdo a la duración y al nivel de interferencia en la vida diaria de una persona; es así como la depresión hace que el individuo tenga una percepción negativa tanto de sí mismo, del mundo en general y del futuro, pierde interés por las cosas que antes causaban satisfacción y como consecuencia se aísla, hay una pérdida de autoestima y de confianza en uno mismo, fatiga, falta de concentración, sentimientos de culpa que se acompañan con alteraciones del sueño y una disminución o aumento de peso; en los grados más graves de mencionado trastorno mental, el sujeto adquiere pensamientos suicidas que pueden llevarlo a intentar o quitarse la vida, teniendo un desenlace fatal (Mesa & Rodríguez, 2007); es importante destacar que el 75% de los casos de suicidio se pueden evitar gracias a la detección temprana de la depresión (Chalen, 2009). De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), este trastorno genera un deterioro en el funcionamiento del individuo que la padece, ya que repercute significativamente en el aspecto personal, familiar, social y laboral.

Por otro lado, con el paso del tiempo y las exigencias del medio, las personas han ido adaptándose a las demandas personales, familiares, laborales y sociales, resolviendo cada problema a su propio estilo, desarrollando así modos de contestar a situaciones que le generan cierto nivel de estrés. Lazarus y Folkman (1989) definieron el afrontamiento como un proceso dinámico que cambia constantemente en función de las actitudes y las circunstancias de cada persona, es decir, es la respuesta del individuo ante la situación estresante, por medio de esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian y sirven para manejar demandas externas y/o internas que son valoradas por la persona como desbordantes para sus recursos. Además, hay que resaltar que cada individuo tiene su propia estrategia de afrontamiento ya sea positiva o negativa de

acuerdo al aprendizaje previo o a las propias convicciones, pero siendo estas practicadas de cualquier forma aminora el estrés, por ende esto hace mención a que los esfuerzos de afrontamiento son independientes de los resultados, ya que estos pueden ser adaptativos cuando se consigue regular el estrés y las emociones, o desadaptativos cuando el estrés se mantiene y las emociones alteran el bienestar emocional (Lazarus & Folkman, 1993). No existen estilos de afrontamiento mejores que otros, sino que resultan ser eficaces o ineficaces en la medida en que sean útiles para la adaptación; la mejor forma de saber si un afrontamiento es adecuado es cuando este se refleja en un bienestar psicológico y emocional, un buen funcionamiento social y óptimo estado de salud física (Ornelas et al., 2013).

Ahora bien, una de las enfermedades más degenerativas y temidas por todas las personas, tanto como para hombres y mujeres, y hasta para niños sin excepción, es el cáncer, sinónimo de muerte; de hecho, es la segunda causa de muerte a nivel mundial. Para la OMS (2015b) el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. De acuerdo con las estadísticas mundiales, en el año 2012, 14.1 millones de casos nuevos de cáncer fueron diagnosticados, 8.2 millones de personas murieron a causa este mal y 32.6 millones se encontraban con vida después de cinco años de haber recibido el diagnóstico; además se pronostica que de aquí a 9 años se diagnosticarán 19.3 millones de casos nuevos de cáncer al año; cabe mencionar también que entre los hombres los tipos de cáncer más frecuentes se dan en los pulmones seguidos del cáncer de próstata, el colorectal, de estómago y de hígado, por otro lado, en las mujeres el más habitual es el cáncer de mama, le sigue el colorectal, de pulmón, útero y estómago. En América Latina, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad, en el año 2012 hubo 1.3 millones de muertes causadas por este mal a nivel mundial, el 47% de ellas se produjeron en América Latina y el Caribe; se pronostica además que para el año 2030 se diagnosticarán cada año unos 1.8 millones de casos nuevos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012); la incidencia del cáncer en Latinoamérica es de 163 casos por cada 100 mil habitantes, menos que en Estados Unidos, pero el número de muertes es de 13 por cada 22 casos y esto sí

supera las cifras de los estadounidenses de 13 por cada 37 casos, y también es mayor a Europa (Cornejo, 2014). En el Perú, en el año 2014 se registraron 132 mil muertes, 26 300 fueron causas por el cáncer, entre estas personas 14 mil mujeres y 12 300 hombres (OMS, 2014). En Tacna en el año 2014 se registró que el 11% de las muertes reportadas fueron producto de la enfermedad del cáncer (Diario Correo Tacna, 2014) y en el 2015 se detectó que el cáncer de piel es el de mayor frecuencia en esta región con el 31% de casos, le siguen el cáncer de estómago 6%, de próstata 6%, cáncer a los ganglios linfáticos 3% y otros 17% (Radio Uno, 2015).

Las estadísticas mundiales y las de la región de Tacna demuestran que el número de casos de cáncer va en crecimiento y pretende seguir aumentando en las próximas décadas, no se concibe aislar al cáncer como un mal de salud físico sino que también trae consigo repercusiones psicológicas ya que este diagnóstico cambia la vida del individuo y de las personas que lo rodean, los pacientes oncológicos presentan algún nivel de depresión, miedo, frustración o angustia, no todos desarrollan una depresión propiamente dicha, pero la mayoría adquieren una sintomatología depresiva causadas por los cambios en su desempeño laboral, social y familiar, por cambios en la imagen corporal, pueden sentir que ya no tienen las riendas de su vida, temor a la muerte, etc. (American Cancer Society, 2013); además, la depresión puede afectar el desarrollo del cáncer, así como la capacidad de la persona para participar en un tratamiento y combatirlo (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2010). Al mismo tiempo, los pacientes oncológicos tienen que someterse día a día a exámenes médicos, quimioterapias y otros métodos que les generan ciertos niveles de estrés, el cáncer obliga a la persona a adoptar una estrategia de afrontamiento ante ello, que puede ser adaptativo o desadaptativo dependiendo de cada persona, esto puede darle un giro total a la enfermedad ya que, por ejemplo, si el paciente se niega, evita o le resta importancia al diagnóstico se descuida del tratamiento generando un impedimento de lucha por su vida haciendo que el mal siga propagándose; en cambio si una persona acepta adaptativamente que padece este mal y lo asume como un reto que se puede superar son mejores pacientes en el sentido de que buscan las herramientas y los medios para vencer el cáncer y de paso aminoran los niveles de estrés. Aproximadamente, la mitad de los pacientes con cáncer presentan trastorno adaptativo, seguido por el trastorno mixto ansioso depresivo y el episodio depresivo, esto a causa del diagnóstico, pero sobre todo por ser una enfermedad que se relaciona mucho con el dolor y la muerte;

percibiendo así esta situación, el paciente oncológico desarrolla esfuerzos cognitivos y conductuales para que la tensión tome una forma negativa o positiva, y esto dependerá de la evaluación subjetiva que tiene la persona sobre la enfermedad, es así como las estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión tienen relevancia como componentes mediadores entre las situaciones adversas y la salud (Díaz & Yaringaño, 2010).

Por tanto, es sumamente relevante para conocimiento mundial y nacional pero especialmente regional, hacer investigaciones que arrojen datos sobre la enfermedad del cáncer, principalmente centrándose en las variables depresión y estrategias de afrontamiento, para así tener una mayor información sobre estas características psicológicas; así como también, para que estos mismos datos a la larga puedan ser la base de un sinnúmero de estudios con la misma temática.

1.2. Formulación del problema

Pregunta general:

- ¿Existe relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál es la estrategia de afrontamiento predominante en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017?

1.3. Objetivos

Objetivo general:

- Establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar la estrategia de afrontamiento predominante en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.
- Determinar el nivel de depresión en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

1.4. Hipótesis

Hipótesis general

- Existe relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Hipótesis específicas:

- La estrategia de afrontamiento predominante es acudir a la religión, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.
- El nivel de depresión es leve, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

1.5. Justificación

La presente investigación tiene como impacto teórico generar mayor conocimiento de la enfermedad del cáncer desde el punto de vista psicológico, al conocer las estrategias de afrontamiento y describir los niveles de depresión en pacientes oncológicos, no solo se podrá obtener resultados que contribuyan a conocer el papel que desempeñan estas variables, sino que también se ampliará el panorama informativo que se tiene y contribuirá a que en un futuro se realicen más investigaciones en relación al cáncer y factores psicológicos a nivel regional, ya que en ese sector no se cuenta con estudios de este tipo.

Este estudio tiene como impacto práctico determinar cuáles son los niveles de depresión existentes en los pacientes que padecen de cáncer, conocer también las estrategias de afrontamiento de empleo frecuente, y la relación existente en estas dos variables; de esta forma los resultados obtenidos servirán para saber qué acciones tomar para la disminución de los niveles de depresión, así mismo implantar técnicas de intervención para orientar en el empleo de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Esta investigación es trascendental, debido a que aportará no solo conocimientos sino alternativas de solución en relación a los niveles de depresión en pacientes oncológicos y el uso de estrategias de afrontamiento; si bien es cierto existen un sinnúmero de investigaciones a nivel mundial, nacional y hasta regionales que arrojan información importante sobre el cáncer, pero este es visto aisladamente desde un paradigma médico, y a pesar de los avances en indagaciones psicológicas sobre diversos temas, no son suficientes las investigaciones realizadas en una población de pacientes oncológicos, y por ello hay un gran campo por explorar a nivel intrapsíquico en estas personas (Almanza & Holland, 2000). De hecho existen investigaciones que postulan que el estado de ánimo puede alterar el funcionamiento del sistema inmunológico de forma que se puede influenciar en el desarrollo de las enfermedades neoplásicas, se afirmó que este sistema no solo se encarga de eliminar del organismo agentes infecciosos sino que también hace una vigilancia contra la aparición de células neoplásicas (Sirera, Sánchez & Camps, 2006), incluso el estado de ánimo negativo puede hacer que el sistema inmunológico se debilite ocasionando una reacción reducida a las vacunas y otras contraindicaciones, además, hay un riesgo acelerado de contraer diversas enfermedades, una mayor susceptibilidad a los resfríos, infecciones respiratorias, etc., todo ello empeora la evolución del cáncer (Knight, 2006).

La realización de la presente investigación beneficia principalmente a las personas que padecen de cáncer así como también a sus familiares, a los médicos y las instituciones que albergan a pacientes oncológicos; de acuerdo a los resultados la población a quien va dirigido el estudio tendrá mayor entendimiento de su situación psicológica a consecuencia de la enfermedad; por otro lado, gracias a la información valiosa que aporta la investigación los profesionales de la salud física y mental tendrán un panorama más amplio de las características psicológicas de sus pacientes oncológicos generando así mayor empatía en relación al servicio que brindan a los asegurados.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Los antecedentes investigativos internacionales son los siguientes:

Gaviria, Quiceno, Vinaccia, Martinez y Otalvaro (2009) realizaron un estudio denominado *Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida*, que tuvo por objetivo evaluar las estrategias de afrontamiento y la ansiedad-depresión en personas que recibieron el diagnóstico de VIH/sida en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín, Colombia. Participaron 92 pacientes de ambos géneros que padecieron de VIH/sida en una Entidad Prestadora de Servicios de Salud (EPS). Los instrumentos empleados fueron la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y los cuestionarios de Zung (SAS y SDS). La investigación fue de tipo básica, y por el nivel de conocimientos fue correlacional, y además transversal. Los resultados evidenciaron muy bajos niveles de ansiedad y depresión, pero un alto uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la cognición, como búsqueda de alternativas, religión, refrenar el afrontamiento, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional, siendo las más significativas: Búsqueda de alternativas, religión y refrenar el afrontamiento; por otro lado, la estrategia de afrontamiento de reacción agresiva tuvo la puntuación más baja de toda la escala EEC-M. En una puntuación media alta se encontró la estrategia de control emocional y en un puntaje medio bajo la estrategia de espera. El resto de las estrategias se ubicaron en niveles dentro del promedio como: conformismo, evitación emocional,

evitación comportamental, evitación cognitiva, búsqueda de apoyo social y expresión emocional abierta. Dicha investigación tiene algunos aspectos en común con el presente trabajo, y es que las variables a medir son las estrategias de afrontamiento y la depresión; por otro lado, se diferencian en que la población de estudio son pacientes diagnosticados con VIH/Sida, el instrumento que se usó fue la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y los Cuestionarios de Zung; y además, agregan la variable ansiedad al estudio.

Ardila y Lara (2013) elaboraron una investigación titulada *Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional*, teniendo por finalidad determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional de Pasto, Colombia. Los participantes fueron 70 mujeres con alto riesgo gestacional del servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Pedro de Pasto. Los instrumentos de medición utilizados fueron el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) en la versión española, y la Escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). La selección de la muestra fue por conveniencia. En los resultados destacaron que, los sentimientos de culpa son comunes durante el embarazo de riesgo; por otra parte, los niveles de depresión presentan una relación inversa altamente significativa con las estrategias de afrontamiento: resolución de problemas y apoyo social, y una relación directa altamente significativa con las estrategias de afrontamiento: autocrítica, evitación de problemas y retirada social; así mismo, la presencia de síntomas de depresión durante el embarazo de riesgo tienen una relación directa con las estrategias de afrontamiento autocrítica, evitación, retirada social y pensamiento desiderativo. Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: se correlacionan las mismas variables que son niveles de depresión y estrategias de afrontamiento, además, las investigaciones son de tipo correlacional; la diferencia radica en los participantes ya que en esta investigación son mujeres con riesgo gestacional y en el presente trabajo se tomarán en cuenta a pacientes oncológicos, además los instrumentos utilizados fue el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) en su versión española y la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D).

Galindo, Álvarez y Alvarado (2013) realizaron un estudio denominado *Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento*

y *periodo de seguimiento*, que tuvo por objetivo identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento, así como su relación con los diferentes estilos de afrontamiento positivo en pacientes con cáncer testicular del D.F., México. La población de estudio estuvo conformada por 113 personas diagnosticadas con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento, pertenecientes al Instituto Nacional de Cancerología. Los instrumentos de medición fueron los Inventarios de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), y el Instrumento de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman. La selección de la muestra fue por conveniencia. Dentro de los resultados se concluyó que existe una asociación entre los estilos de afrontamientos positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión, también hay una correlación negativa entre el puntaje total del BDI y el estilo de afrontamiento dirigido a la solución de problemas, en tanto el estilo de afrontamiento con enfoque positivo es el segundo que más asocia negativamente con los niveles de depresión; por otro lado el estilo de afrontamiento revaloración positiva y flexibilidad de afrontamiento también muestran correlaciones negativas importantes con el BDI total. Este estudio se relaciona con la presente investigación en los puntos siguientes: se correlaciona la depresión y el afrontamiento, y el instrumento que emplearon para medir depresión fue el Inventario de Depresión de Beck; pero difieren en que en el estudio dan cabida a la variable ansiedad, la muestra se limita a pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento, además usan el Instrumento de Afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman.

En cuanto a los antecedentes investigativos nacionales se mencionan los siguientes:

Cabrera, Mendoza y Obando (2010) realizaron un estudio titulado *Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos*, que tuvo por objetivo identificar los factores asociados a la depresión en pacientes oncológicos de la ciudad de Lima, Perú. La población estuvo conformada por 50 hospitalizados diagnosticados con cáncer del Servicio de Oncología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. El instrumento empleado fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y un cuestionario de preguntas cerradas elaborado por las investigadoras y validado. Fue un estudio descriptivo y transversal. Llegaron a las siguientes

conclusiones: la depresión leve predomina en pacientes provenientes de Lima Metropolitana y que tienen grado de instrucción superior, la depresión moderada predomina en pacientes provenientes de provincias y con grado de instrucción superior; también se evidenció que el grupo etario más afectado emocionalmente con depresión moderada y leve fue el de 51 a 60 años; de acuerdo con el género es el femenino quien presenta mayor porcentaje en depresión leve y moderada. La mencionada investigación tiene relación con el presente estudio en que evalúa la depresión en pacientes oncológicos, también hicieron uso del Inventario de Depresión de Beck mismo que se emplea en la presente investigación; y difiere de esta ya que menciona a factores asociados a los niveles de depresión situacional, mas no a las estrategias de afrontamiento como variable, además, fue un estudio descriptivo y no correlacional.

Soto (2010), llevó a cabo una investigación denominada *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*, cuya finalidad fue describir la relación entre sintomatología depresiva y los estilos y estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con cáncer de mama de la ciudad de Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 52 mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Los instrumentos de medición aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y el Inventario de Estimación del Afrontamiento (COPE). El estudio fue de nivel no experimental y de tipo correlacional, transeccional, el muestreo fue no probabilístico accidental. Se encontró una correlación directa entre los puntajes totales el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y el estilo evitativo del COPE, a mayor severidad de sintomatología depresiva presente en la muestra de estudio, mayor tendencia en esta a emplear un estilo de afrontamiento evitativo; se halló también una correlación directa grande entre los puntajes para el BDI-II y la estrategia enfocar y liberar emociones, así como una relación mediana entre la misma escala de depresión y la estrategia desentendimiento conductual; además, los puntajes para el BDI-II y la estrategia apoyo social emocional correlacionaron significativamente en la muestra aunque de manera pequeña. Se estableció una relación entre sintomatología depresiva y afrontamiento, eso tiene relación con el presente trabajo, también se empleó como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE), los cuales se utilizarán en la presente investigación, además ambas son

investigaciones correlacionales; por otro lado, el estudio está limitado a pacientes con diagnóstico de cáncer específicamente de mama.

Ojeda y Martínez (2012), realizaron un estudio titulado *Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama*, cuyo objetivo fue determinar el afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de Lima, Perú. Las participantes fueron 85 mujeres que padecían de cáncer de mama, pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Para la recolección de datos emplearon un cuestionario elaborado por las investigadoras. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal. Los resultados fueron los siguientes: el 25.7% de mujeres tuvo un buen afrontamiento; dentro de la dimensión cognitiva el 35.7% obtuvo un buen afrontamiento y la estrategia más usada fue el reordenamiento de prioridades; en el área conductual, el 12.9% de ellas obtuvo un buen afrontamiento, la estrategia más utilizada fue la aproximación y el afrontamiento dirigido al problema. El estudio concluye que las mujeres que padecen cáncer de mama presentan un bajo porcentaje de buen afrontamiento. Mencionada investigación coincide con el presente estudio con respecto a la población, quienes padecen la enfermedad de cáncer, al mismo tiempo miden la variable estrategias de afrontamiento. Por otro lado, difieren en que no incluyen una segunda variable al estudio, además el instrumento de medición fue diseñado por las investigadoras.

Además, los antecedentes investigativos regionales se describen a continuación:

Ayca (2006) elaboró un estudio que lleva por título *Relación entre estrés académico percibido y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna*, siendo su finalidad principal describir e identificar la relación entre estrés académico percibido y estrategias de afrontamiento de un grupo de estudiantes de la ciudad de Tacna. La unidad de análisis estuvo conformada por 372 estudiantes de la Universidad Privada de Tacna. Los instrumentos de medición empleados fueron el Inventario SISCO del Estrés Académico y el Inventario de Modos de Afrontamiento del Estrés COPE. La investigación fue de tipo correlacional y para la selección de la muestra el autor realizó un muestreo probabilístico estratificado. Se halló un alto nivel de estrés académico percibido en el grupo, en cuanto a las estrategias

de afrontamiento de mayor uso resaltaron las enfocadas en el problema; así mismo concluyó que el estrés académico percibido presenta relación estadísticamente significativa con las estrategias de afrontamiento identificadas como afrontamiento activo, planificación y aceptación. Se correlacionó en este antecedente el estrés académico percibido y las estrategias de afrontamiento, la medición de esta última variable coincide con la presente investigación, también comparten el uso del COPE como instrumento. En cambio, los estudios difieren en la medición de la variable estrés académico, y también en las características de la población, ya que son estudiantes universitarios.

Condori (2013) realizó una investigación denominada *Estrés académico y su relación con las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna, 2012*, el objetivo principal fue determinar la relación del estrés académico con las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de enfermería de la ciudad de Tacna. La población estuvo compuesta por 151 estudiantes de enfermería de primero a cuarto año de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (UNJBG). Para la recolección de datos la autora empleó un instrumento de elaboración propia basado en el Inventario de Estrés Académico de Arturo Barraza Masias y en la encuesta Estrés en los estudiantes universitarios de la Lic. Juana Marín Ferrera, así mismo hizo uso del Instrumento de Afrontamiento al estrés de Sandín y Chorot. El estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados hallados fueron: el uso de estrategias de afrontamiento regulares prevalece con el 79.5%, las estrategias inadecuadas representadas por el 11.3% y las estrategias adecuadas con el 9.3%; además, concluyó que el estrés académico está relacionado con las estrategias de afrontamiento con un nivel de confianza de 0.05. Este antecedente se asemeja con la presente investigación en que son estudios correlacionales, así mismo, comparte una de las variables: estrategias de afrontamiento. Por otro lado, las diferencias radican en que se relaciona las estrategias de afrontamiento con el estrés académico, difieren también en los instrumentos utilizados, así como en las unidades de análisis, ya que este antecedente se enfoca en estudiantes de enfermería de la UNJBG.

Contreras (2006) llevó a cabo un estudio titulado *Ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa psiquiátrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna*, que tuvo por finalidad conocer la prevalencia e incidencia de la ansiedad y depresión

en los pacientes que acuden a consulta externa psiquiátrica de la ciudad de Tacna. La muestra estuvo conformada por 88 pacientes atendidos por consultorio externo de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre los años 2004 y 2005. Para la recolección de datos la autora empleó una ficha, la cual recababa información de las historias clínicas. La investigación fue de tipo descriptiva, retrospectivo y transversal. En los resultados encontrados, identificó el incremento anual de casos nuevos de pacientes con ansiedad y depresión como trastorno mixto, mismo que se presenta a mediados y final de año, es así que obtuvo una incidencia de 1.2% para el año 2004, duplicándose a un 2.9% en el 2005, la prevalencia fue de 2.25% para el año 2004 incrementándose a 2.83% en el siguiente año. Este antecedente se asemeja con la presente investigación en que una variable a medir es la depresión. Por otro lado, se diferencian en los instrumentos empleados y en el diseño metodológico, ya que es descriptivo, retrospectivo y transversal.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Estrategias de afrontamiento

Para comprender el significado de estrategias de afrontamiento es conveniente analizar qué es el estrés, qué lo origina y cómo se da en las personas.

2.2.1.1. Estrés. Bajo el enfoque fisiológico, se considera el estrés como una respuesta, Selye (1956) lo define como una reacción vegetativa inespecífica ante alguna amenaza; sin embargo, el problema de esta perspectiva radica en encasillar al estrés únicamente como un factor orgánico (Sandín, 1995). Una segunda forma de conceptualizarlo es como un estímulo, es así que se define como “cualquier circunstancia que de forma inusual le exige al individuo un cambio en su modo de vida habitual” (Holmes & Rahe, 1967, citado por Jhonmarshall, 2002, p.395); esta aproximación considera el estrés como una variable independiente; no obstante, tuvo críticas, debido a que no existe una delimitación de los acontecimientos que pueden ser considerados como estresantes, ya que para algunas personas una determinada situación puede ser muy estresante pero muy poco o tal vez nada para otras (Sandín, 2008). Como tercera perspectiva, se aborda el estrés como un proceso, la principal teoría corresponde a Lazarus y Folkman.

2.2.1.1.1. *Modelo procesual de Lazarus y Folkman.* De acuerdo con Romero (2009) el modelo de Lazarus y Folkman es el que mejor explica aspectos subjetivos, psicológicos, emocionales y conductuales que proporcionan un mayor entendimiento del proceso de estrés, a comparación de las demás teorías basadas en la respuesta o el estímulo únicamente. El modelo tiene como propósito principal comprender a los factores psicológicos como mediadores entre los estresores y la respuesta fisiológica de la persona; es así que Lazarus y Folkman definen el estrés como un proceso interaccional, que se da entre la persona y la situación, este se produce cuando el sujeto valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Sandín, 1995).

La teoría de estrés de Lazarus (1966) comienza con la percepción de un acontecimiento o de un estímulo que puede ser de vital importancia, una molestia o alegría diaria o una circunstancia de vida crónica, tras ello el individuo hace una evaluación primaria del significado personal del acontecimiento, que será irrelevante o relevante para el bienestar físico y psicológico, un acontecimiento irrelevante podría ser el divorcio de otra persona o la quiebra de una empresa ajena, etc., es decir, que no son estresantes; por otro lado un acontecimiento relevante puede evaluarse como amenazante o como reto, el significado de esta evaluación está en que las dos etiquetas generan emociones distintas; después de una evaluación de reto los sujetos participan en la actividad con una sensación de esperanza y con ganas de hacerle frente al evento, sin embargo, al percibir una amenaza, las personas se preocupan, les da miedo y ansiedad (Johnmarshall, 2002).

La etiqueta de reto o amenaza causa un aumento en las descargas del sistema nervioso autónomo en forma de activación simpática a medida que el individuo se aliste para el reto o amenaza que se aproxima, lo que funciona como una señal corporal de que hacen falta respuestas de enfrentamiento.

La activación a su vez provoca una evaluación secundaria, implica una búsqueda cognitiva de las opciones de enfrentamiento disponible y un pronóstico de si cada opción tendrá o no éxito a la hora de abordar el estresor. Cuando un sujeto evalúa como óptimos sus recursos de afrontamiento suelen consultar sus estrategias, habilidades y capacidades personales; estos son los recursos que le hacen a la persona generar un cambio en el ambiente o controlar las reacciones emocionales, cognitivas

y fisiológicas. Gracias a la evaluación secundaria el individuo se da cuenta de las diferencias que existe entre sus recursos y las capacidades que exige la situación; mientras mayor sea la discrepancia, mayor será la ansiedad (Johnmarshall, 2002).

Es así que la persona dispone a afrontar el estresor, el afrontamiento son todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas internas y/o externas, de una determinada situación estresante. Las funciones que este cumple son: regular las emociones que genera la evaluación cognitiva de los acontecimientos y cambiar la relación persona-ambiente que genera problemas. El afrontamiento está influenciado por las siguientes variables: condiciones situacionales, que influyen en la evaluación cognitiva, existen circunstancias determinadas que son etiquetadas universalmente como estresantes; y condiciones individuales como las experiencias previas, variables de personalidad, motivación y metas, creencias, sistema de valores, recursos y restricciones y las estrategias de afrontamiento habituales (Lazarus & Folkman, 1986).

El estudio del afrontamiento llevó a conceptualizar diferentes tipos de dimensiones dentro de la personalidad, las cuales se denominan estilos y estrategias (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003).

Los estilos de afrontamiento, de acuerdo al estudio de Romero (como se cita en Carver y Scheier, 1994; Frydenberg y Lewis, 2004; Griffith, Dubow e Ippolito, 2000; Sandín, 1995) son predisposiciones, tendencias generales habituales y preferentes desplegadas de manera consistente por los sujetos al momento de enfrentar con los estresores; determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento específicas. Se plantearon en un principio la existencia de dos estilos de afrontamiento; de acuerdo al foco de atención (Lazarus & Folkman, citado por Pérez-Aranibar, Morales & Wetzell, 2002): afrontamiento orientado al problema y el afrontamiento orientado a la emoción; el primero implica el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y descompensan la relación entre la persona y su entorno, el segundo incluyen los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento según la investigación de Romero (citado Carver y Scheier, 1994; Frydenberg y Lewis, 2004; Griffith, Dubow e Ippolito, 2000; Sandín, 1995), pueden definirse como todos aquellos procesos

concretos y específicos empleados por la persona para hacerle frente a un estresor, variando altamente en torno a las características del evento estresante y a las consecuencias que este tenga sobre el ambiente.

De esta forma, Lazarus y Folkman (1984) plantean 3 estilos de afrontamiento mismo que determinan el uso de 8 estrategias de afrontamiento:

Tabla 1
Estrategias de afrontamiento planteadas por Lazarus y Folkman

Estilo de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento	Descripción
Enfocados en el problema	Confrontación	Esfuerzos agresivos direccionados al problema para cambiarlo, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
	Solución planificada de problemas	Esfuerzos direccionados al problema para cambiar la situación con un acercamiento analítico.
Enfocados en la emoción	Distanciamiento	Esfuerzos por apartarse del problema e ignorarlo.
	Autocontrol	Intentos que la persona hace para regular sus propios sentimientos y acciones.
	Aceptación de la responsabilidad	Reconocimiento del papel que juega el sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema.
	Escape-evitación	Pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación.
Enfocados en el problema y la emoción	Reevaluación positiva	Percibir los aspectos positivos de la situación estresante.
	Búsqueda de apoyo social	Acudir a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, información, comprensión y apoyo moral.

Fuente: Elaboración propia en base a Lazarus y Folkman (1984)

Si los recursos para afrontar el reto o amenaza son exitosos entonces el estresor deja de ser un reto o amenaza; pero si fracasan, la activación del sistema nervioso autónomo prosigue hasta que se ponga fin al estresor (Lazarus 1966).

2.2.1.1.2. *Modelo teórico de Carver, Scheier y Weintraub.* Este enfoque reevalúa el modelo procesual. Carver, Scheier y Weintraub (1989) aceptan la categorización de los estilos de Lazarus y Folkman; pero plantean la evitación como un tercer estilo de afrontamiento. Así mismo, sostienen que existen dos aspectos del afrontamiento: situacional y disposicional; el primero, menciona que el afrontamiento puede modificarse de un momento a otro a medida que va cambiando su relación con el ambiente, por otro lado, el afrontamiento disposicional, quiere decir que las personas con el transcurso del tiempo van desarrollando formas habituales de enfrentar los acontecimientos estresantes que se le presentan y estas formas pueden influir en sus reacciones ante situaciones nuevas (Casuso, 1996).

Describen las estrategias de afrontamiento de la siguiente forma:

Tabla 2
Modelo teórico de Carver, Scheier y Weintraub

Estilos de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento	Descripción
Centrado en el problema	Afrontamiento activo	Acciones directas para intentar cambiar la situación.
	Planificación	Pensar cómo afrontar de manera más adecuada el estresor.
	Supresión de actividades competentes	Son las conductas que permiten a la persona concentrarse en el estresor, y eliminar otras actividades o pensamiento que lo distraigan.
	Postergación del afrontamiento	Esfuerzos por demorar el momento preciso para afrontar el problema, para así encontrar una oportunidad adecuada para actuar.
	Búsqueda de apoyo social instrumental	Implica la búsqueda de recursos humanos que brinden apoyo en forma de información, consejo, etc.
Afrontamiento centrado en la emoción	Búsqueda de apoyo social emocional	Buscar en otras personas razones emocionales paliativas del estrés (simpatía, comprensión, cariño, etc.).
	Reinterpretación positiva	Reconstruir mentalmente un acontecimiento estresante en términos positivos.
	Aceptación	Se refiere a la aceptación del sujeto a la realidad de la situación estresante.
	Acudir a la religión	Actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión, permitiendo asumir el acontecimiento estresante. Puede servir como vehículo para una reinterpretación positiva.
Evitación del afrontamiento	Negación	Denegar el afrontamiento activo del estresor y actuar como si nada sucediera.
	Enfocar y liberar emociones	Focalizar las consecuencias desagradables del evento y así expresar con libertad las emociones.
	Desentendimiento conductual	Apunta al uso de acciones que evita afrontar activamente la situación estresante, esto disminuye el esfuerzo propio para afrontar la situación, incluso el sujeto se rinde al intento de lograr metas en las cuales interfiere el estresor.
	Desentendimiento mental	Se da a través de una amplia variedad de actividades distractoras las cuales posibilitan a la persona una distracción de la situación estresante.

Fuente: Elaboración propia basada en Carver, et al. (1989)

2.2.1.1.3. *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos.* Existen algunos autores que plantean modelos teóricos sobre el afrontamiento en personas que padecen la enfermedad del cáncer.

Es así que Weisman (1979) define al afrontamiento como lo que una persona hace ante un problema para así obtener un alivio, recompensa, equilibrio y tranquilidad. Lo entiende como un proceso y una mezcla entre percepción, ejecución, evaluación y corrección de la ejecución, seguidas de conductas dirigidas a la meta.

Las estrategias de afrontamiento más comunes en pacientes con cáncer que describe este autor son las siguientes:

Tabla 3

Modelo teórico de Weisman

Estrategias de afrontamiento	Descripción
Averiguación racional	Búsqueda de información objetiva sobre el problema.
Mutualidad	Compartir la preocupación o buscar consuelo en otros.
Inversión de afecto	Tomarse las cosas con humor.
Supresión	Tratar de olvidarlo o quitarlo de la cabeza.
Desplazamiento	Distraerse con otra situación.
Confrontación	Acciones para eliminar el estresor.
Redefinición	Reinterpretación del estresor.
Fatalismo	Pensar que el acontecimiento es negativamente inevitable.
Hacer algo perjudicial	Comprende la impulsividad como actos temerarios y las amenazas vitales.
Revisar alternativas	Planteamiento de alternativas de solución.
Retirada	Evitación de afrontamiento a la situación estresante.
Proyección	Culpar a alguien o algo.
Autoinculpación	Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Fuente: Elaboración propia basada en Weisman (1979)

A su vez, Ray, Lindop y Gibson (1982) proponen un esquema de clasificación de las estrategias de afrontamiento en función a la orientación general de la persona para con la situación.

Estos autores señalan seis estrategias de afrontamiento:

Tabla 4
Modelo teórico de Ray, Lindop y Gibson

Estrategias de afrontamiento	Descripción
Rechazo	Ya que la persona se ve como víctima de un acontecimiento injusto, puede ir desde una resistencia a la agresión.
Control	El sujeto observa la situación como un reto y establece el problema y los medios para resolverlo.
Resignación	La persona se percibe con pocas capacidades y deja que pase lo que quiera el destino.
Minimización	No reconoce el peligro de la situación y considera la acción como no amenazante.
Evitación	La persona siente la amenaza, pero pospone la confrontación, evitando así las situaciones y pensamiento ansiógeno.
Dependencia	El sujeto siente desamparo y delega la situación en otros.

Fuente: Elaboración propia basada en Ray, Lindop & Gibson (1982)

Por su parte, Moorey y Greer (1989) llaman estilo de ajuste a las estrategias de afrontamiento que usan las personas que padecen de cáncer y plantean cinco:

Tabla 5
Modelo teórico del ajuste psicológico de Moorey y Greer

Estrategias de afrontamiento	Descripción
Espíritu de lucha	Es vivir la situación como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo optimismo.
Evitación	No ven la situación como una amenaza, no plantean una necesidad de control y son optimistas.
Fatalismo	El control de la situación depende de otros.
Desamparo	Ven el panorama de pérdida, no hay percepción de control solo percepción pesimista.
Preocupación ansiosa	Existe incertidumbre por las consecuencias del estresor, generando un tono emocional de ansiedad.

Fuente: Elaboración propia basada en Moorey & Greer (1989)

2.2.2. Depresión

Existen diversos modelos que explican la psicopatología de la depresión, sin embargo, dentro del modelo cognitivo el autor que más ha generado investigaciones y aportes es Aaron Beck, ya que se apoyó en un enfoque clínico y experimental, que facilitaron la terapia. (Vásquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010).

2.2.2.1. Modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Se postula que las personas tienen una predisposición cognitiva que se activa cuando se presentan situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y por ende desadaptativos que frecuentemente reflejan pérdida, privación, derrota o inutilidad. En la depresión hay un funcionamiento inadecuado del procesamiento de información causado por la activación de creencias centrales profundas por acontecimientos relevantes de la vida de la persona y que conllevan a síntomas tanto fisiológicos como emocionales y conductuales.

Además, se tiene presente que las cogniciones no son la causa de la depresión o de cualquier afección mental, sino que la etiología puede ser debido a factores genéticos, evolutivos, ambientales, etc., o a la interacción de ellos. Este enfoque sustenta con veracidad el predominio de los síntomas, es decir, la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas. Entonces estas activaciones contribuyen notablemente a una mayor predisposición a que determinadas experiencias negativas desencadenen este trastorno.

El modelo cognitivo plantea que el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos relacionados con la cosmovisión de uno mismo, del mundo y del futuro. Ante ello las personas que aprendieron en la infancia dichos esquemas o que tienen una tendencia a tener errores de procesamiento, serán más proclives a padecer un trastorno depresivo a comparación de aquellos individuos que tienen una baja tendencia a cometer errores de procesamiento de la información.

Se cual fuera la causa de la depresión, la gran mayoría de las personas muestran ciertas características cognitivas en común:

2.2.2.1.1. Pensamientos automáticos. Son pensamientos e imágenes que aparecen gracias a eventos externos o internos determinados, estos resultan de la

interacción, y en el caso de la depresión equivalen a la mezcla de los supuestos depresogénicos, acontecimientos activadores, sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Los pensamientos automáticos son importantes para la expresión de las creencias, que las personas depresivas tienen ya que suelen considerarlos como verdades que no están distorsionadas.

2.2.2.1.2. *Distorsiones cognitivas.* En las personas depresivas los esquemas cognitivos que se activan ocasionan errores de procesamiento de información o distorsiones cognitivas, por un lado, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio, y por otro lado estas hacen que el depresivo mantenga la validez de sus creencias.

2.2.2.1.3. *Triada cognitiva.* Consiste en tres esquemas cognitivos que hacen que la persona se perciba a sí mismo, al mundo y al futuro como negativos. La percepción negativa de sí mismo, hace desgraciado e inadecuado, esto se refleja en la visión que tienen del mundo, el mismo que le exige excesivamente demandas que son insuperables. La percepción del futuro como negativo es de desesperanza ya que como causa convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, aunque solo para incrementar las dificultades y el sufrimiento.

2.2.2.2. *Episodio depresivo (OMS, 1992).* La persona que lo padece manifiesta la siguiente sintomatología:

- Disminución de la atención y de la concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

La presentación de los síntomas puede ser distinta en cada episodio y en cada persona, las formas atípicas son singularmente frecuentes en los adolescentes; la alteración del estado de ánimo puede estar encubierta por otros síntomas, como irritabilidad, consumo de alcohol excesivo, comportamiento histriónico, exacerbación

de síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para cualquiera de los tres niveles de este episodio se necesita una duración de al menos dos semanas, sin embargo, si se presentan los síntomas de forma grave o brusca se puede obviar el periodo de dos semanas.

Además, los síntomas que se mencionan anteriormente pueden adquirir un significado clínico especial, los ejemplos más característicos, son los síntomas somáticos: anhedonia, pérdida de reactividad emocional a situaciones placenteras, despertar horas antes de lo habitual, empeoramiento del humor depresivo, inhibición o agitación psicomotriz, pérdida del apetito o de peso, disminución de la libido.

El episodio depresivo se clasifica en tres, de acuerdo al nivel de gravedad de la sintomatología:

2.2.2.2.1. *Episodio depresivo leve.* Para este tipo de depresión deben de estar presentes dos o tres de los síntomas del episodio depresivo. El estado de ánimo depresivo, la pérdida de la capacidad de disfrute y el aumento de la fatigabilidad, son considerados como síntomas típicos. La persona está afectada por los síntomas y tiene cierta dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas; sin embargo, es probable que no las deje por completo.

2.2.2.2.2. *Episodio depresivo moderado.* Para dar este diagnóstico tienen que evidenciar al menos dos de los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve, así como también, al menos tres de los demás síntomas. Las personas que están atravesando por este episodio depresivo moderado tienen grandes dificultades para continuar ejecutando sus actividades sociales, laborales o domésticas.

2.2.2.2.3. *Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.* Deben de estar presentes tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, también, por lo menos cuatro de los demás síntomas, estos deben de tener una intensidad grave. No es probable que la persona que atraviesa por este episodio sea capaz de continuar con sus actividades habituales.

2.2.2.2.4. *Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.* Satisface las pautas diagnósticas de un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, pero además están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

2.2.2.3. Depresión en pacientes oncológicos. Cuando el estrés del diagnóstico de cáncer sobrepasa las capacidades adaptativas o de respuesta de la persona, llega a producir afecciones mentales que alteran significativamente la calidad y las esferas de la vida del paciente. Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en pacientes con cáncer son la ansiedad y la depresión, esto puede surgir gracias al impacto del diagnóstico, el dolor por los síntomas físicos, la angustia de la posibilidad de morir, las alteraciones del tratamiento, entre otras razones (Weisman, 1976).

La presencia de la depresión en los pacientes oncológicos se ha relacionado con factores asociados con la enfermedad como el tipo de cáncer, la fase y los síntomas físicos o los efectos del tratamiento; por otro lado también se ha relacionado con factores personales, como el género, la edad, características de personalidad, la tendencia al pesimismo, antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, y antecedentes psiquiátricos como trastornos del estado de ánimo o intentos de suicidio; aspectos sociofamiliares (aislamiento).

Existen investigaciones que pretenden saber cuál es la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, estos se han concentrado principalmente en alteraciones como la ansiedad, la depresión y/o malestar psicológico (Ginsburg, Quirt, Ginsburg & Mackillop, 1995).

En una investigación realizada por Derogatis y colaboradores (1983) a 215 pacientes oncológicos de centros diferentes hallaron que: el 68% tenían un trastorno adaptativo, un 13% padecían de trastorno afectivo mayor (depresión), el 4% ansiedad, el 7% trastorno de la personalidad, y por último el 8% trastorno mental orgánico. De todos ellos el 85% de personas presentaban alteraciones con síntomas ansiosos y depresivos, esta última fue la sintomatología más frecuente evidenciándose así con el 80%.

En otro estudio (Dugan et al., 1998) un 21.5% de la muestra obtuvieron puntuaciones de depresión leve, un 12.5% depresión moderada y un 1.9% depresión severa, y un 35.9% de la muestra no recaban síntomas para postular dentro de un cuadro depresivo. Breitbart (1995) en un trabajo de revisión halla que la prevalencia de depresión en personas diagnosticadas con cáncer es de un 20 y un 25%, dato que aumenta a medida que la enfermedad va avanzando o que el dolor y las capacidades físicas son mayores.

2.3. Definiciones básicas

2.3.1. Estrategias de afrontamiento

Procesos concretos constantemente cambiantes, empleados para hacer frente a las demandas externas o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo; varían en torno a las características de dicho evento y a las consecuencias que este tenga sobre la persona y su ambiente (Lazarus y Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento son las siguientes (Casuso, 1996):

2.3.1.1. *Afrontamiento activo.* Ejecutar acciones directas con el objetivo de incrementar efectos positivos y reducir el estresor y sus efectos negativos.

2.3.1.2. *Planificación.* Implica pensar de qué forma se manejará el estresor, y ponerlo en acción.

2.3.1.3. *Supresión de actividades competentes.* Dejar pasar otras actividades con el fin de no distraerse y poder manejar el estresor.

2.3.1.4. *Postergación del afrontamiento.* Esperar hasta que se pueda confrontar de la mejor manera el estresor.

2.3.1.5. *Apoyo social instrumental.* Buscar en los demás consejo o información, con el fin de reducir la tensión ocasionada por el estresor.

2.3.1.6. *Apoyo social emocional.* Buscar en los demás apoyo moral, con el fin de reducir la tensión ocasionada por el estresor.

2.3.1.7. *Reinterpretación positiva.* Evaluación del estresor de manera positiva, considerándola como un aprendizaje.

2.3.1.8. *Aceptación.* Asumir la existencia del estresor, y lo irremediable que es, se tendrá que vivir con ello.

2.3.1.9. *Acudir a la religión.* Refugiarse en la religión con el objetivo de reducir la tensión.

2.3.1.10. *Negación.* Creer que el estresor no es real o no existe.

2.3.1.11. *Enfocar y liberar emociones.* Enfocar las emociones producidas por el estresor y liberarlas.

2.3.1.12. *Desentendimiento conductual.* Realizar acciones para evitar afrontar el estresor.

2.3.1.13. Desentendimiento mental. Realizar actividades distractoras para evitar afrontar el estresor.

2.3.2. Depresión

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la depresión es un trastorno afectivo que tiene un período de tiempo de al menos dos semanas, cuyo rasgo principal es la presencia de un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o del placer en casi todas las actividades; así mismo se caracteriza por la presencia otros síntomas, los cuales son: cambios en el apetito o el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, fatiga o energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamiento recurrentes de muerte o ideación suicida o intentos de suicidio.

Los niveles de depresión se clasifican de acuerdo al número de síntomas, la gravedad de los mismos y el grado de discapacidad funcional (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

2.3.2.1. Nivel leve de depresión. Presencia de cinco síntomas, la intensidad de estos provoca malestar, pero es manejable, así mismo causan poco deterioro en el funcionamiento social y laboral de la persona.

2.3.2.2. Nivel moderado de depresión. El número de síntomas, la gravedad de los mismo y el grado de discapacidad funcional se encuentran entre el nivel leve y severo.

2.3.2.3. Nivel severo de depresión. Presencia de más de cinco síntomas, la intensidad de estos causa gran malestar y no es manejable, así mismo interfieren considerablemente en la funcionalidad social y laboral de la persona.

2.3.3. Cáncer

Según la OMS (2015b) el cáncer es un término genérico que se emplea para hacer referencia a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo; se habla también de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se

extienden más de sus límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse así hacia otros órganos, proceso conocido como metástasis, que es la principal causa de muerte por cáncer.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Identificación y operacionalización de variables

- Variable: Estrategias de afrontamiento
- Definición operacional: Variable medida a través del Inventario de Estimación de Afrontamiento de Carver et al. (1989), en su versión adaptada por Casuso (1996).

Tabla 6
Operacionalización de la variable: Estrategias de afrontamiento

Dimensiones	Indicadores	Categorías	Tipo de variable
Afrontamiento activo	Confrontando para atenuar los efectos	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Planificación	Organización de pasos a seguir	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Supresión de actividades competentes	Afronta la situación estresante, dejando de lado otros proyectos	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Postergación del afrontamiento	Aplazar el momento para intervenir	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Apoyo social instrumental	Búsqueda de ayuda social	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Apoyo social emocional	Búsqueda de apoyo afectivo	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Reinterpretación positiva	Evaluación asertiva de la situación	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Aceptación	Asumiendo la situación estresante	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Acudir a la religión	Refugiarse en la religión	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Negación	Negando la situación	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Enfocar y liberar emociones	Expresión afectiva	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Desentendimiento conductual	Disminución de esfuerzos conductuales	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica
Desentendimiento mental	Utilización de distractores para no pensar en la situación	Muy pocas veces emplea esta estrategia Depende de la circunstancia Estrategia de uso frecuente	Variable categórica politómica

Fuente: Elaboración propia

- Variable: Niveles de depresión
- Definición operacional: Variable medida a través del Inventario de Depresión de Aaron Beck II adaptado por Carranza (2011).

Tabla 7

Operacionalización de la variable: Niveles de depresión

Dimensiones	Indicadores	Categorías	Tipo de variable
Depresión como modelo unidimensional	Gravedad de la sintomatología	Mínimo	Variable categórica politómica
		Leve	
		Moderado	
		Grave	

Fuente: Elaboración propia

3.2. Enfoque, tipo y diseño de la investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que se llevan a cabo mediciones de atributos psicológicos y se procesa la información empleando la estadística.

Por su finalidad es de tipo básico o pura, debido a que estudia constructos para su mejor comprensión; y por su nivel de conocimientos es correlacional, es decir, busca relacionar dos variables.

Es de diseño no experimental, porque no se manipulan las variables de forma deliberada, y además es transeccional, pues estudia el fenómeno de interés en un momento determinado y único.

Ox
M r
Oy

Leyenda:

M: Muestra

Ox: Observación de la primera variable

r: Relación

Oy: Observación de la segunda variable

3.3. **Ámbito de estudio**

La construcción del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna fue dispuesta por Ley 25033 Art.85, ubicado en la Carretera a Calana Km. 3.5, inicia su funcionamiento en el año 1991, con la denominación de Hospital II Calana, brindando el Servicio de Consulta Externa en las especialidades básicas de Medicina General y Pediatría, así como las especialidades de Nefrología y Medicina Física y Rehabilitación. Posteriormente, en el año 1992 extiende su cobertura con la implementación del Servicio de Hospitalización y el Servicio de Emergencia, ajustándose a las necesidades de la población asegurada de Tacna, ampliando paulatinamente su infraestructura así como su equipamiento biomédico.

El 2 de septiembre del año 1998, es elevado a Hospital de Nivel III mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°253-PE-IPSS-1998, con la denominación de Hospital III Tacna Daniel Alcides Carrión, en reconocimiento al mártir de la medicina peruana.

En el año 2004 mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°201-PE-EsSalud-2004 se desactivan las Gerencias Departamentales y se crean las Redes Asistenciales, correspondiéndole a Tacna el Nivel de Red Asistencial Tipo C, designando al Hospital III Tacna Daniel Alcides Carrión como Hospital Base de la Red Asistencial Tacna (Reseña histórica Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud, s.f).

Actualmente la Red Asistencial Tacna brinda atención a más de 120 mil asegurados y cuenta con ocho centros asistenciales:

- Hospital Base III Daniel Alcides Carrión.
- Centro de Atención Primaria III Policlínico Metropolitano.
- Centro de Atención Primaria II Luis Palza Lévano.
- Centro de Atención Primaria II Oscar Fernández Dávila.
- Centro de Atención Primaria I Tarata
- Centro de Atención Primaria I Ilabaya
- Centro de Atención Primaria I Ite
- Posta Médica Locumba

3.4. Población y muestra

La población estuvo compuesta por 152 pacientes con diagnóstico de cáncer. Se optó por trabajar con todas las unidades de análisis. Sin embargo, se descartó a 6 de ellos debido a su falta de asistencia a la consulta externa, 6 pacientes oncológicos no contaban con un estado normal de conciencia, y 3 de ellos optaron por no ser partícipes del estudio. Es así que la población accesible la conformaron 137 pacientes oncológicos que reunieron los criterios de inclusión.

Como criterios de inclusión:

- Que sean pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna.
- Que asistan al servicio de oncología para su atención tanto en consulta externa, hospitalización y quimioterapia.
- Que presenten un estado de conciencia normal.
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

3.5. Técnicas e instrumentos

3.5.1. Inventario de estimación de afrontamiento (COPE)

Fue creado por Carver, Scheier y Weintraub, con la finalidad de evaluar las estrategias de afrontamiento de las personas ante determinados acontecimientos estresantes. Estos autores se basan en el enfoque procesual del estrés de Lazarus y Folkman, y el relacionado con la autorregulación conductual; esto, con el propósito de ampliar las áreas de afrontamiento que no fueron desarrolladas en el Inventario de Tipos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman en el año 1980.

Está conformado por 52 ítems de tipo Likert de 4 escalas de frecuencia, estas indican si el sujeto adopta el tipo de afrontamiento propuesto, casi nunca, a veces, usualmente, o con mucha frecuencia. La sumatoria de las puntuaciones de determinados ítems equivalen a las 13 subescalas, es decir, a las estrategias de afrontamiento ejecutadas por las personas (Carver et al., 1989).

En este instrumento hallaron niveles significativos en el coeficiente de confiabilidad alfa en las 13 subescalas. Mientras que el coeficiente de correlación entre

las escalas disposicionales del COPE tiene correlaciones mayores a 0.26 significativas a un nivel $p > 0.01$.

En cuanto a su adaptación peruana, es Casuso (1996) quien adaptó el instrumento en su versión disposicional, trabajando con una muestra de 817 estudiantes universitarios, algunos coeficientes de confiabilidad para las escalas, estuvieron por debajo de los valores encontrados por Carver et al. en 1989, variando estos entre .40 y .86; así como a nivel de validez factorial, 11 de los 13 factores explican más del 50% de la varianza total, ante ello la autora propone una reorganización de la escala original (Casuso, 1996).

Para la presente investigación se usó la adaptación peruana del COPE, realizada por Casuso en 1996; sin embargo, no se cuenta con información alguna respecto a la baremación, por lo cual se tuvo que realizar una escala propia según las puntuaciones totales, para ello se dividió en tres categorías cada sub escala, tomándose el criterio del investigador por principio de parsimonia (Córdova, 2018), es así que se obtuvieron los siguientes puntos de corte: un puntaje de 4 a 7 puntos equivale a muy pocas veces emplea esta estrategia, de 8 a 11 puntos quiere decir que depende de las circunstancias, y de 12 a 16 puntos corresponde a una estrategia de uso frecuente.

3.5.2. Inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

Esta prueba psicológica se fundamenta en el modelo de depresión de Aaron Beck; en 1961 se dio a conocer la primera versión, pero años más tarde se hicieron algunas modificaciones eliminando palabras y frases alternativas para los mismos síntomas, evitando así la doble negación; sin embargo, en 1987 se publica el Inventario de Depresión de Beck I Adaptado. La última publicación del BDI-II se realizó en 1996 con el fin de valorar la depresión y derivarla a observaciones clínicas en pacientes psiquiátricos (Rodríguez & Farfán, 2015). Es importante destacar que el BDI-II muestra una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach 0.76 – 0.95); la fiabilidad del test oscila alrededor de $r=0.8$. Por otro lado, en cuanto a la validez muestra una correlación variable con otras escalas; en pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6); muestra además, una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior

a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

El BDI-II, se trata de una escala de tipo likert que está compuesta de 21 ítems, su finalidad es medir los niveles de depresión en personas mayores de 13 años; describe la presencia y el grado de los síntomas depresivos que se encuentran plasmados en el DSM IV. A comparación de la primera versión, hay algunos aspectos que sufrieron cambios, los ítems de 16 y 18 cuentan ahora con tres alternativas más de respuesta que sirven para diferenciar entre incremento y disminución de la conducta y/o de la motivación; si en caso la persona marcara más de una alternativa, se toma el valor más alto de la respuesta.

Los síntomas que evalúa este instrumento son: la tristeza, pesimismo, pérdida del placer, fracaso, sentimiento de culpa y de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, indecisión, agitación, desvalorización, pérdida de la energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cambios en el apetito, cansancio, pérdida del interés en el sexo.

En cuanto a la corrección, cada ítem es evaluado bajo una escala de 0 a 3 puntos en relación a la alternativa escogida, y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene un total que varía de 0 a 63 puntos.

Para este estudio, se utilizó el instrumento Inventario de Depresión de Beck II adaptado en Perú por Carranza (2011), que presenta un índice de alfa de Cronbach de 0.878, lo cual indica que el instrumento presenta una óptima consistencia interna. En relación a la validez de contenido, los hallazgos indican que todos los ítems alcanzan niveles adecuados de significación estadística en cuanto a la claridad de los reactivos, su sencillez y precisión, dichos valores oscilan entre 1 y $p < 0.01$; en cuanto a la validez de constructo tomando como criterio de aceptación correlaciones con significancia al $p < 0.05$, resulta que todos los coeficientes de correlación son significativos, así como la mayoría de dichos índices son mayores a 0.30.

3.6. Procedimientos

3.6.1. Trabajo de campo

Después de haber definido el tema de investigación, se procedió a adquirir los instrumentos de recopilación de datos; las dos pruebas psicológicas en sus versiones adaptadas se obtuvieron por vía electrónica.

Una vez aprobado el proyecto, se solicitó la coordinación con el director de la Red Asistencial del Hospital III Daniel Alcides Carrión del Seguro Social de Salud de Tacna a través de una solicitud, esto con la finalidad de obtener la autorización para el desarrollo de la investigación; mencionado documento fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación. Después de ser otorgado el permiso, se tuvo reuniones con el coordinador de la Unidad Oncológica, con el propósito de dar a conocer los objetivos del estudio y coordinar las fechas y horarios para la recolección de datos, misma que se llevó a cabo desde el mes de marzo hasta el mes de setiembre del año 2017.

3.6.2. Procesamiento y análisis de la información

Los datos recolectados fueron digitalizados al software estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 22), para el análisis se empleó la estadística descriptiva con el fin de establecer el nivel de depresión y determinar las estrategias de afrontamiento, esto a través de tablas y figuras; así mismo, se realizó el análisis inferencial respondiendo a cada objetivo con su respectiva prueba de hipótesis, Chi cuadrado bondad de ajuste y Tau c de Kendall.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados de la investigación, así mismo se muestra el análisis estadístico descriptivo e inferencial empleado y la interpretación correspondiente. Los resultados se encuentran organizados de la manera siguiente: primero, se presentan aquellos que están relacionados con los objetivos específicos y posteriormente, se plasman los resultados correspondientes al objetivo general.

4.1.1. Resultados del análisis descriptivo de la variable estrategias de afrontamiento

Se presentan los resultados de las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna en el año 2017.

4.1.1.1. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Afrontamiento activo

Tabla 8

Estrategia de afrontamiento: Afrontamiento activo

Afrontamiento activo	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	49	35.77%
Depende de la circunstancia	38	27.74%
Estrategia de uso frecuente	50	36.50%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

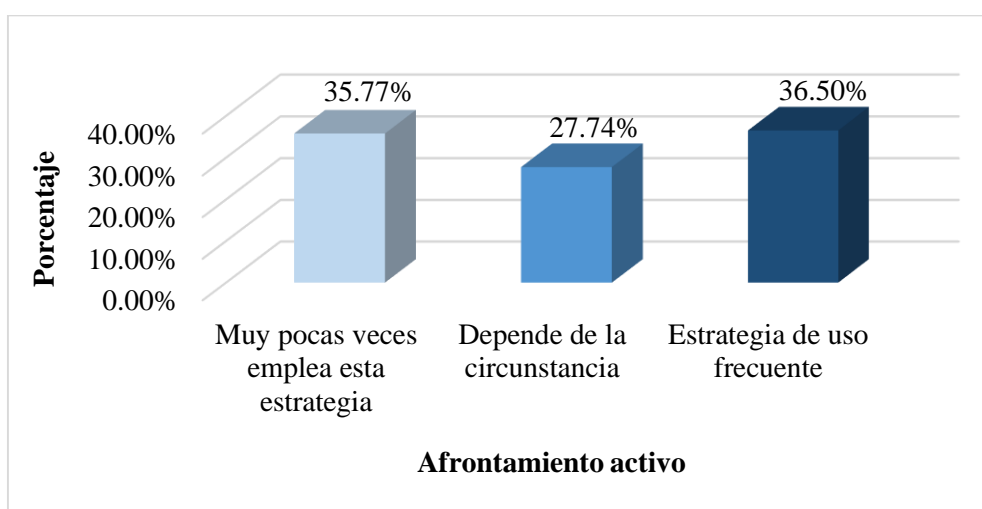


Figura 1. Estrategia de afrontamiento: Afrontamiento activo

Fuente: Datos de la Tabla 8

La Tabla 8 y Figura 1, evidencian que el 36.50% de los pacientes oncológicos hacen uso frecuente del afrontamiento activo como estrategia, el 35.77% se encuentra representado por aquel fragmento de la muestra que muy pocas veces emplea la estrategia afrontamiento activo, por último, el 27.74% de las personas que tienen un diagnóstico de cáncer usan el afrontamiento activo depende de las circunstancias.

4.1.1.2. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Planificación

Tabla 9
Estrategia de afrontamiento: Planificación

Planificación	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	49	35.77%
Depende de la circunstancia	36	26.28%
Estrategia de uso frecuente	52	37.96%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

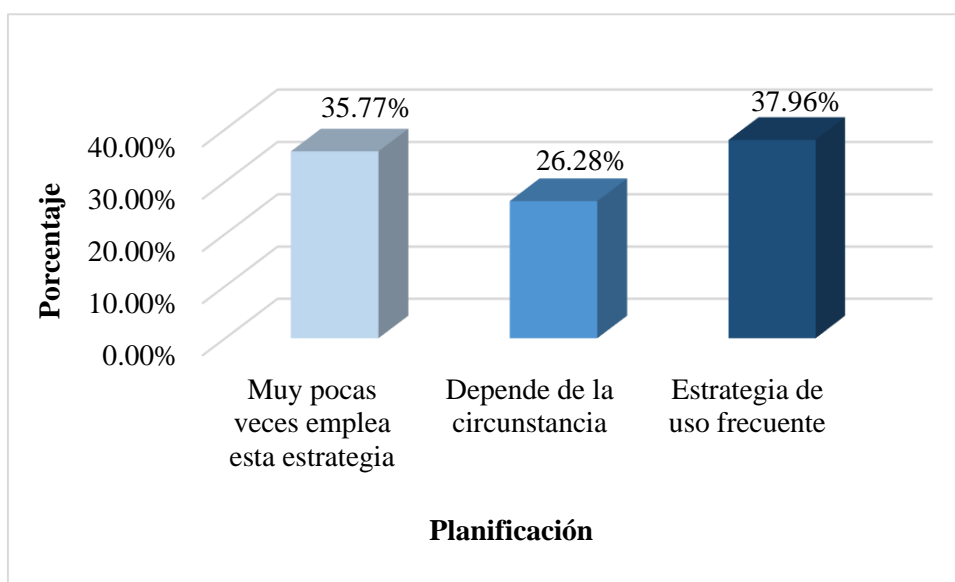


Figura 2. Estrategia de afrontamiento: Planificación

Fuente: Datos de la Tabla 9

En la Tabla 9 y Figura 2 se observa que, el 37.96% de las personas con diagnóstico de cáncer emplean frecuentemente la estrategia de afrontamiento planificación, el 35.77% de las unidades de análisis muy pocas veces usan la planificación como estrategia de afrontamiento, y los pacientes oncológicos que depende de las circunstancias emplean la estrategia de afrontamiento planificación se encuentra representado por el 26.28%.

4.1.1.3. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Supresión de actividades competentes

Tabla 10
Estrategia de afrontamiento: Supresión de actividades competentes

Supresión de actividades competentes	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	62	45.26%
Depende de la circunstancia	43	31.39%
Estrategia de uso frecuente	32	23.36%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

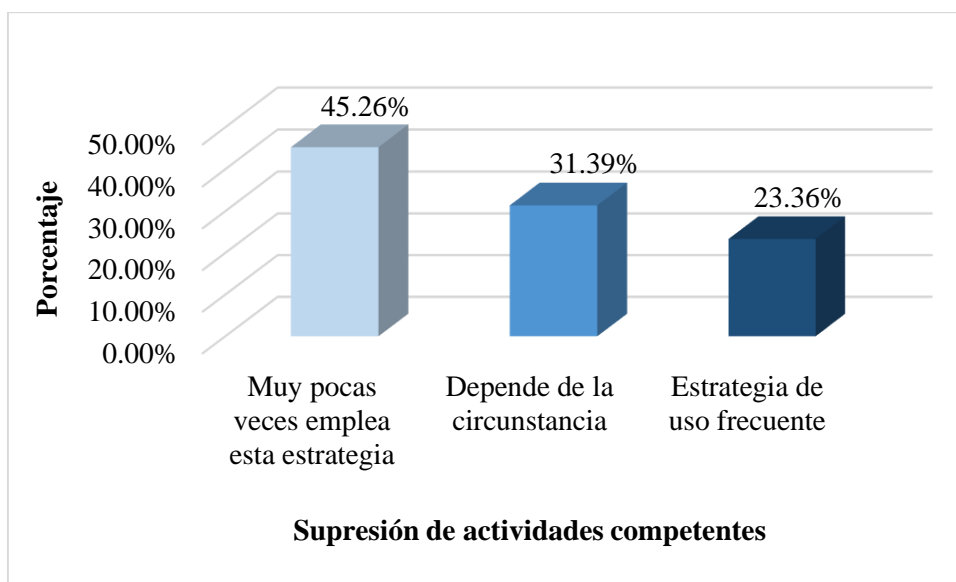


Figura 3. Estrategia de afrontamiento: Supresión de actividades competentes

Fuente: Datos de la Tabla 10

La Tabla 10 y Figura 3, muestran que el 45.26% de los pacientes oncológicos muy pocas veces emplean la estrategia de afrontamiento supresión de actividades competentes, el 31.39% de la muestra usa la mencionada estrategia dependiendo de las circunstancias, finalmente, el 23.36% de las personas con diagnóstico de cáncer hacen uso frecuente de la supresión de actividades como estrategia de afrontamiento.

4.1.1.4. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Postergación del afrontamiento

Tabla 11
Estrategia de afrontamiento: Postergación del afrontamiento

Postergación del afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	77	56.20%
Depende de la circunstancia	42	30.66%
Estrategia de uso frecuente	18	13.14%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

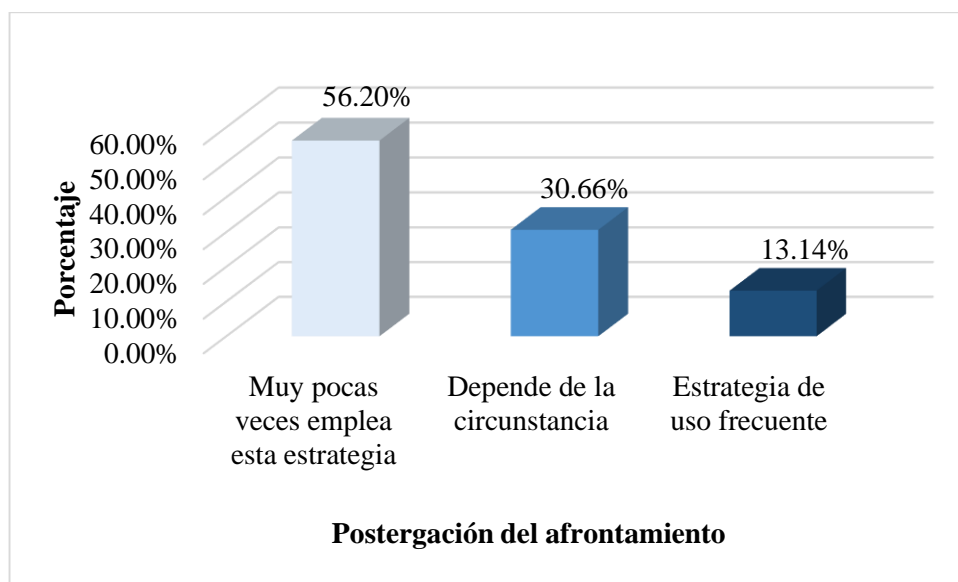


Figura 4. Estrategia de afrontamiento: Postergación del afrontamiento
Fuente: Datos de la Tabla 11

En la Tabla 11 y Figura 4, se visualiza que las personas que padecen de cáncer que usan muy pocas veces la estrategia postergación del afrontamiento se encuentran representadas por el 56.20%, el 30.66% de ellos emplean la postergación del afrontamiento dependiendo de las circunstancias, y los pacientes oncológicos que usan frecuentemente mencionada estrategia equivalen al 13.14%.

4.1.1.5. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Apoyo social instrumental

Tabla 12
Estrategia de afrontamiento: Apoyo social instrumental

Apoyo social instrumental	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	46	33.58%
Depende de la circunstancia	25	18.25%
Estrategia de uso frecuente	66	48.18%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

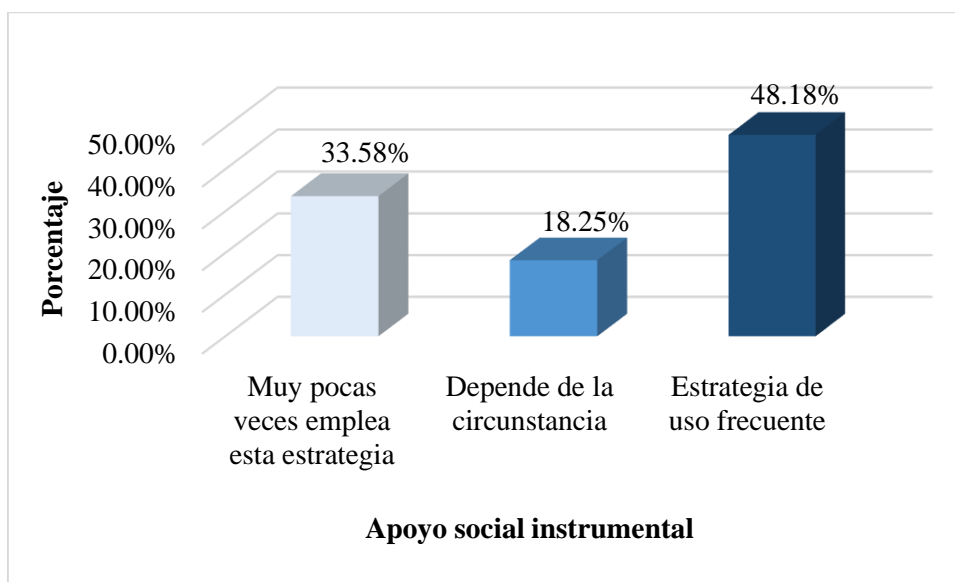


Figura 5. Estrategia de afrontamiento: Apoyo social instrumental

Fuente: Datos de la Tabla 12

La Tabla 12 y Figura 5, evidencian que el 48.18% de los pacientes oncológicos hacen uso frecuente del apoyo social instrumental como estrategia afrontamiento, el 33.58% se encuentra representado por aquel fragmento de la muestra que muy pocas veces emplea la estrategia mencionada, por último, el 18.25% de las personas que tienen un diagnóstico de cáncer usan la estrategia de afrontamiento apoyo social instrumental dependiendo de las circunstancias.

4.1.1.6. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Apoyo social emocional

Tabla 13
Estrategia de afrontamiento: Apoyo social emocional

Apoyo social emocional	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	46	33.58%
Depende de la circunstancia	32	23.36%
Estrategia de uso frecuente	59	43.07%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

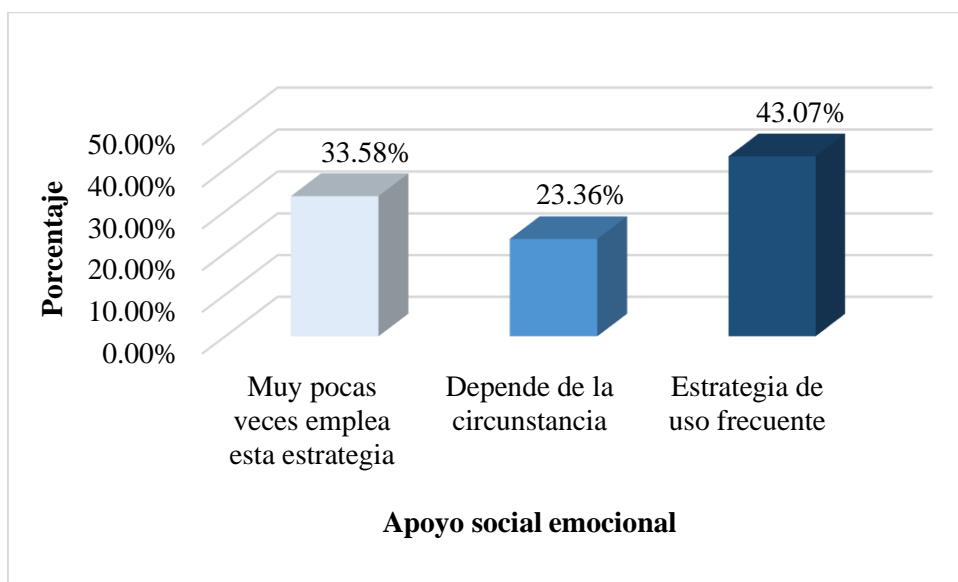


Figura 6. Estrategia de afrontamiento: Apoyo social emocional

Fuente: Datos de la Tabla 13

En la Tabla 13 y Figura 6 se observa que, el 43.07% de las personas con diagnóstico de cáncer emplean frecuentemente la estrategia de afrontamiento apoyo social emocional, el 33.58% de las unidades de análisis muy pocas veces usan el apoyo social emocional como estrategia de afrontamiento, y los pacientes oncológicos que depende de las circunstancias emplean la estrategia de afrontamiento apoyo social emocional se encuentra representado por el 23.36%.

4.1.1.7. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Reinterpretación positiva

Tabla 14
Estrategia de afrontamiento: Reinterpretación positiva

Reinterpretación positiva	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	8	5.84%
Depende de la circunstancia	34	24.82%
Estrategia de uso frecuente	95	69.34%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

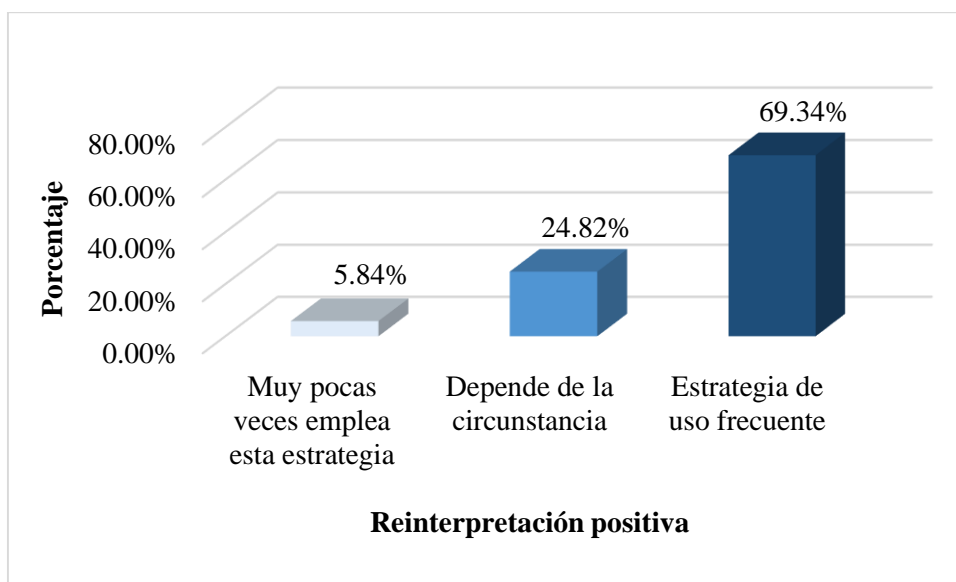


Figura 7. Estrategia de afrontamiento: Reinterpretación positiva

Fuente: Datos obtenidos de la Tabla 14

La Tabla 14 y Figura 7 muestran que, el 69.34% de los pacientes oncológicos frecuentemente emplean la estrategia de afrontamiento reinterpretación positiva, el 24.82% de la muestra usa la mencionada estrategia dependiendo de las circunstancias, finalmente, el 5.84% de las personas con diagnóstico de cáncer hacen uso frecuente de la reinterpretación positiva como estrategia de afrontamiento.

4.1.1.8. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Aceptación

Tabla 15
Estrategia de afrontamiento: Aceptación

Aceptación	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	12	8.76%
Depende de la circunstancia	52	37.96%
Estrategia de uso frecuente	73	53.28%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

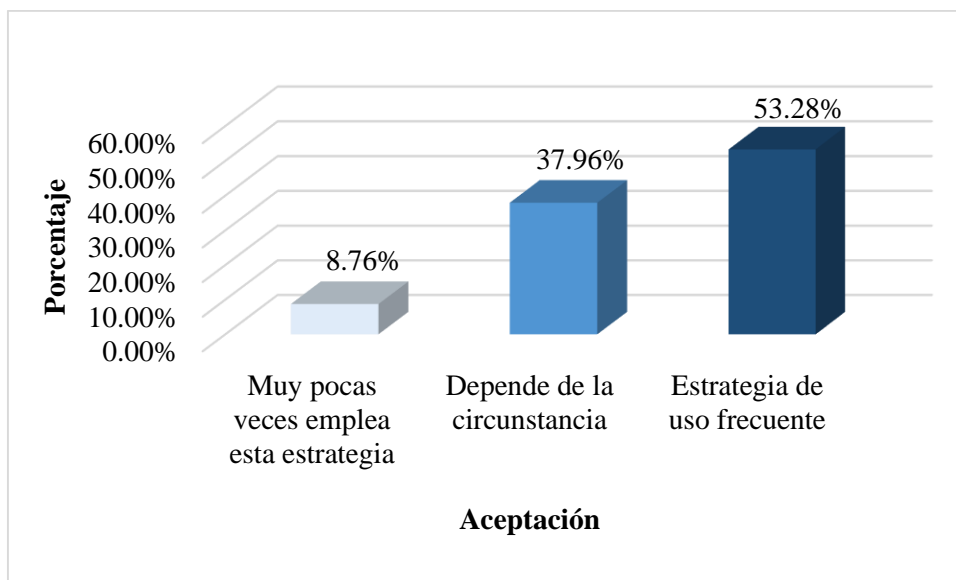


Figura 8. Estrategia de afrontamiento: Aceptación

Fuente: Datos de la Tabla 15

En la Tabla 15 y Figura 8, se visualiza que las personas que padecen de cáncer que hacen uso frecuente de la estrategia de afrontamiento aceptación se encuentran representados por el 53.28%, el 37.96% de ellos emplean la aceptación dependiendo de las circunstancias, y los pacientes oncológicos que muy pocas veces usan mencionada estrategia equivalen al 8.76%.

4.1.1.9. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Acudir a la religión

Tabla 16
Estrategia de afrontamiento: Acudir a la religión

Acudir a la religión	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	2	1.46%
Depende de la circunstancia	8	5.84%
Estrategia de uso frecuente	127	92.70%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

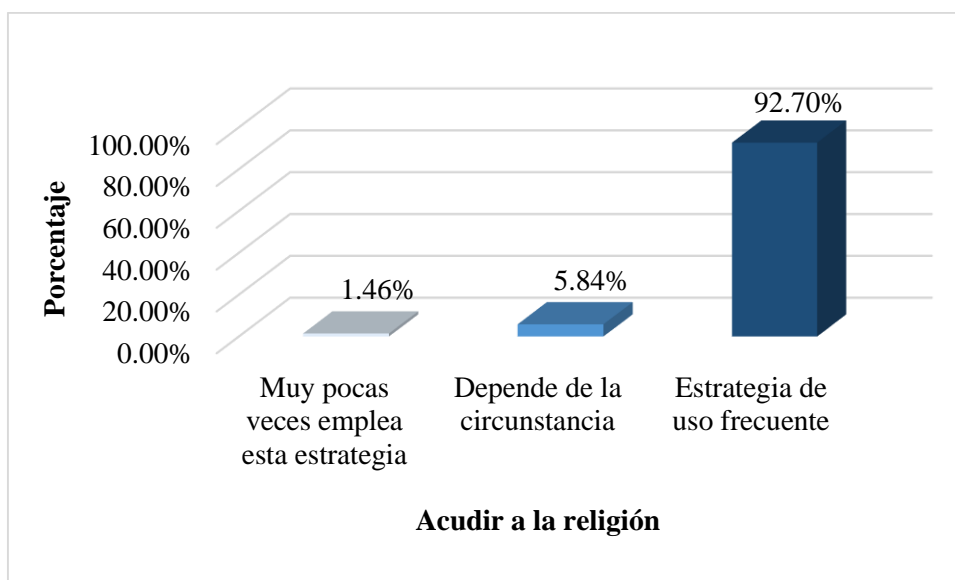


Figura 9. Estrategia de afrontamiento: Acudir a la religión

Fuente: Datos de la Tabla 16

La Tabla 16 y Figura 9, evidencian que el 92.70% de los pacientes oncológicos hacen uso frecuente de la estrategia afrontamiento acudir a la religión, el 5.84% se encuentra representado por aquel fragmento de la muestra que dependiendo de las circunstancias emplean la estrategia mencionada, por último, el 1.46% de las personas que tienen un diagnóstico de cáncer usan la estrategia de afrontamiento acudir a la religión muy pocas veces.

4.1.1.10. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Negación

Tabla 17
Estrategia de afrontamiento: Negación

Negación	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	77	56.20%
Depende de la circunstancia	40	29.20%
Estrategia de uso frecuente	20	14.60%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

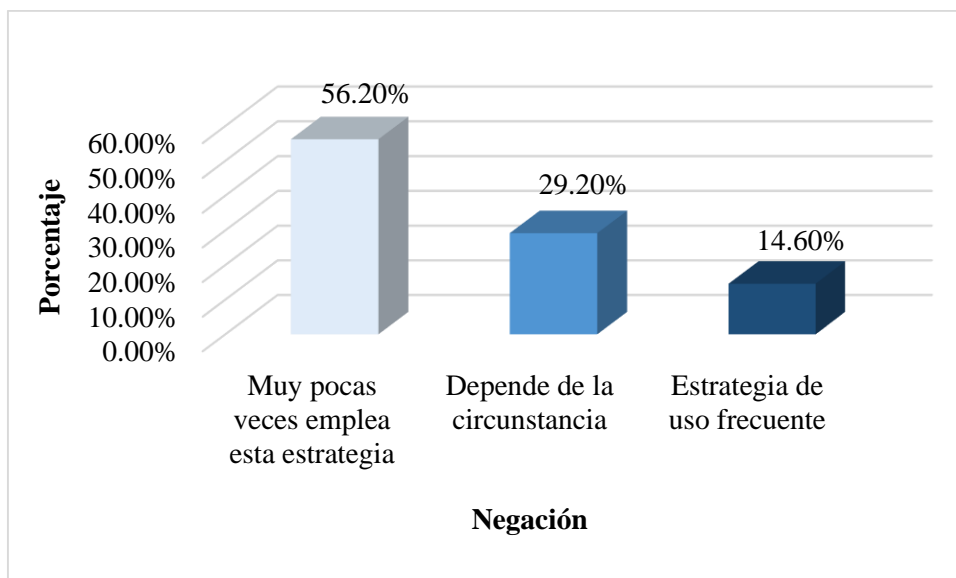


Figura 10. Estrategia de afrontamiento: Negación

Fuente: Datos de la Tabla 17

En la Tabla 17 y Figura 10 se observa que, el 56.20% de las personas con diagnóstico de cáncer emplean muy pocas veces la estrategia de afrontamiento negación, el 29.20% de las unidades de análisis dependiendo de las circunstancias usan la negación como estrategia de afrontamiento, y los pacientes oncológicos que frecuentemente emplean la estrategia de afrontamiento negación se encuentra representado por el 14.60%.

4.1.1.11. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Enfocar y liberar emociones

Tabla 18
Estrategia de afrontamiento: Enfocar y liberar emociones

Enfocar y liberar emociones	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	68	49.64%
Depende de la circunstancia	30	21.90%
Estrategia de uso frecuente	39	28.47%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

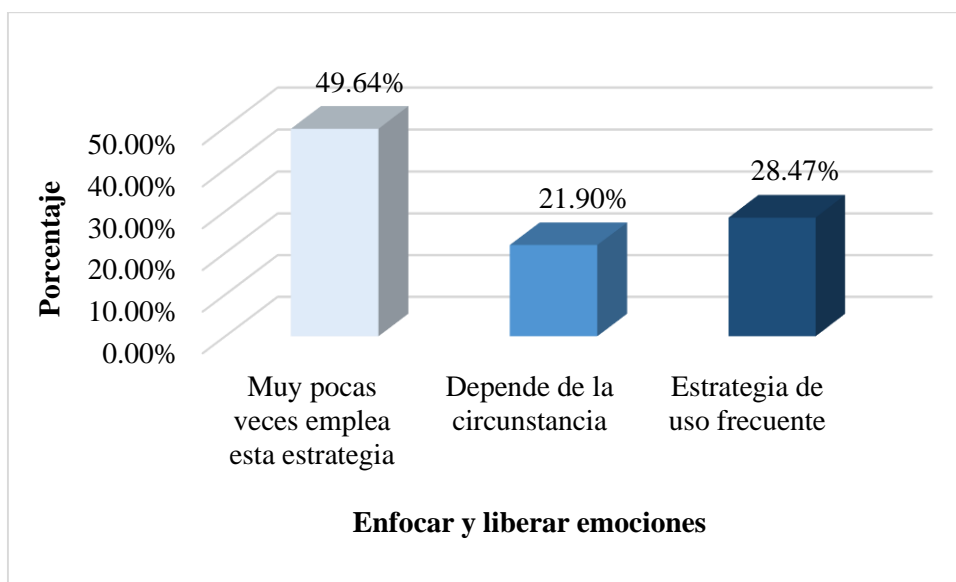


Figura 11. Estrategia de afrontamiento: Enfocar y liberar emociones

Fuente: Datos de la Tabla 18

La Tabla 18 y Figura 11 muestran que, el 49.64% de los pacientes oncológicos muy pocas veces emplean la estrategia de afrontamiento enfocar y liberar emociones, el 28.47% de la muestra usan frecuentemente la mencionada estrategia, finalmente, el 21.90% de las personas con diagnóstico de cáncer hacen uso de la estrategia de afrontamiento enfocar y liberar emociones dependiendo de las circunstancias.

4.1.1.12. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Desentendimiento conductual

Tabla 19
Estrategia de afrontamiento: Desentendimiento conductual

Desentendimiento conductual	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	88	64.23%
Depende de la circunstancia	39	28.47%
Estrategia de uso frecuente	10	7.30%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

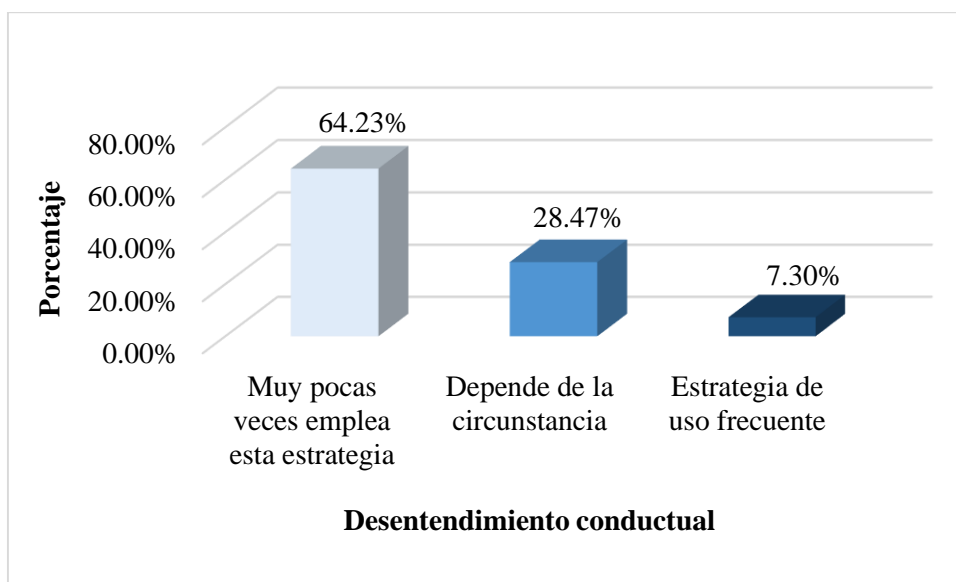


Figura 12. Estrategias de afrontamiento: Desentendimiento conductual
Fuente: Datos de la Tabla 19

En la Tabla 19 y Figura 12, se visualiza que las personas que padecen de cáncer que muy pocas veces hacen uso de la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual se encuentran representados por el 64.23%, el 28.47% de ellos emplean el desentendimiento conductual dependiendo de las circunstancias, y los pacientes oncológicos que frecuentemente usan mencionada estrategia equivalen al 7.30%.

4.1.1.13. Resultados de la estrategia de afrontamiento: Desentendimiento mental

Tabla 20
Estrategia de afrontamiento: Desentendimiento mental

Desentendimiento mental	Frecuencia	Porcentaje
Muy pocas veces emplea esta estrategia	72	52.55%
Depende de la circunstancia	44	32.12%
Estrategia de uso frecuente	21	15.33%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

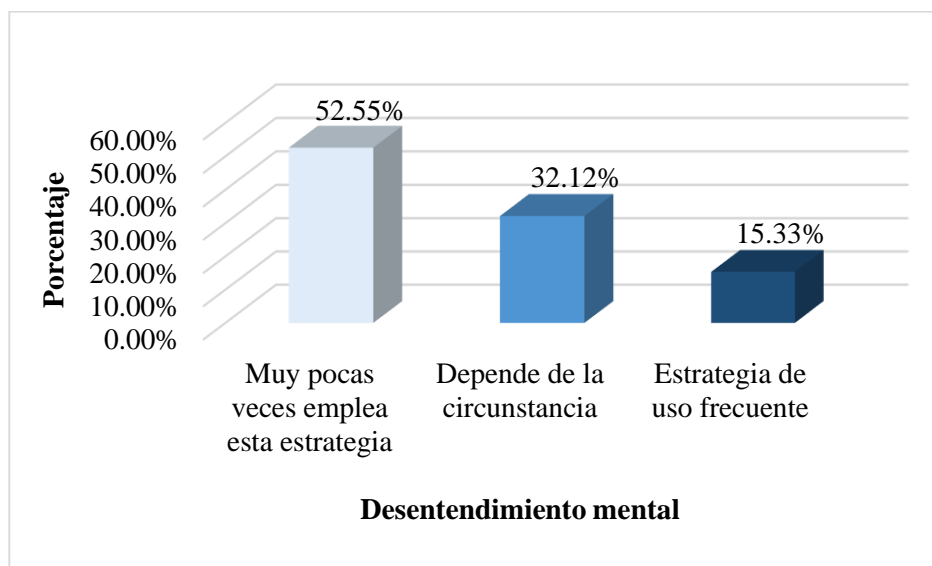


Figura 13. Estrategias de afrontamiento: Desentendimiento mental

Fuente: Datos de la Tabla 20

La Tabla 20 y Figura 13, evidencian que el 52.55% de los pacientes oncológicos muy pocas veces usan la estrategia afrontamiento desentendimiento mental, el 32.52% se encuentra representado por aquel fragmento de la muestra que dependiendo de las circunstancias emplean la estrategia mencionada, por último, el 15.33% de las personas que tienen un diagnóstico de cáncer usan la estrategia de afrontamiento desentendimiento mental frecuentemente.

4.1.14. Resultados de las estrategias de afrontamiento

Tabla 21
Estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Muy pocas veces emplea esta estrategia	Depende de las circunstancias	Estrategia de uso frecuente	Total
	%	%	%	%
Afrontamiento activo	35.77	27.74	36.50	100.00
Planificación	35.77	26.28	37.96	100.00
Supresión de actividades competentes	45.26	31.39	23.36	100.00
Postergación del afrontamiento	56.20	30.66	13.14	100.00
Apoyo social instrumental	33.58	18.25	48.18	100.00
Apoyo social emocional	33.58	23.36	43.07	100.00
Reinterpretación positiva	5.84	24.82	69.34	100.00
Aceptación	8.76	37.96	53.28	100.00
Acudir a la religión	1.46	5.84	92.70	100.00
Negación	56.20	29.20	14.60	100.00
Enfocar y liberar emociones	49.64	21.90	28.47	100.00
Desentendimiento conductual	64.23	28.47	7.30	100.00
Desentendimiento mental	52.55	32.12	15.33	100.00

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE y del BDI-II

En la Tabla 21 se observa que, las estrategias de afrontamiento de uso frecuente por las personas con diagnóstico de cáncer son: primeramente, acudir a la religión con un 92.70%, le sigue la reinterpretación positiva representada por el 69.34% de la población, y la aceptación con un 53.28%; por otro lado, la estrategia de afrontamiento que las unidades de análisis emplean muy pocas veces es el desentendimiento conductual con el 64.23%.

4.1.2. Resultados del análisis descriptivo de la variable niveles de depresión

Se plasman los resultados del nivel de depresión de los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Tabla 22
Niveles de depresión

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	70	51.09%
Leve	36	26.28%
Moderado	19	13.87%
Severo	12	8.76%
Total	137	100.00%

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del BDI-II

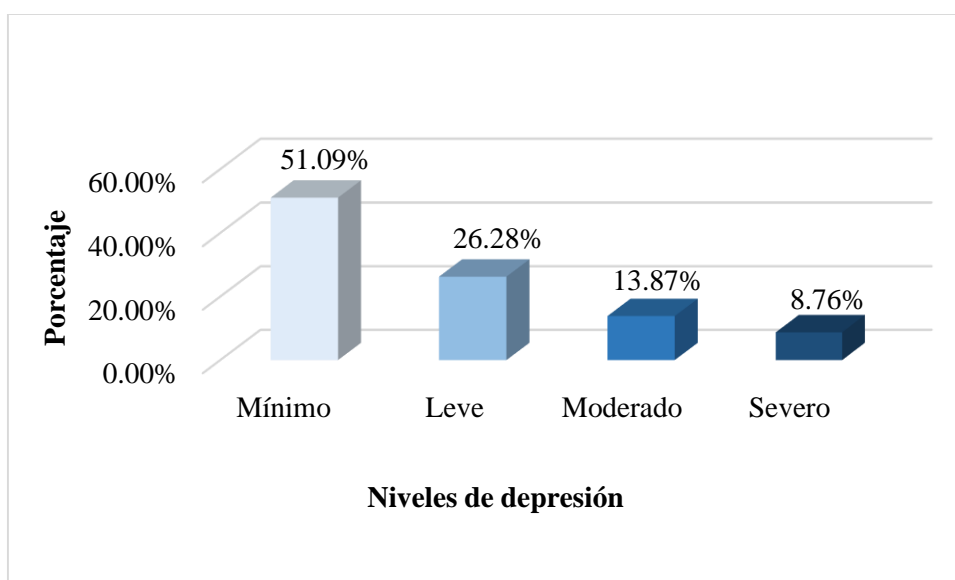


Figura 14. Niveles de depresión

Fuente: Datos de la Tabla 22

La Tabla 22 y Figura 14, muestran que el 51.09% de pacientes oncológicos presentan un nivel de depresión mínimo, 36 de ellos que representan el 26.28% cuentan con un nivel leve de depresión; el 13.87% de los pacientes con el diagnóstico de cáncer tienen un nivel de depresión moderado, y el nivel de depresión severo está representado por el 8.76% de la muestra de estudio.

4.1.3. Resultados del análisis descriptivo de la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión

Se presentan los resultados de la relación entre estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión que presentan los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Tabla 23
Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión

Estrategias de afrontamiento		Niveles de depresión								Total	
		Nivel mínimo		Nivel leve		Nivel moderado		Nivel severo			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Afrontamiento activo	Muy pocas veces emplea esta estrategia	25	18.25	16	11.68	5	3.65	3	2.19	49	35.77
	Depende de la circunstancia	18	13.14	9	6.57	3	2.19	8	5.84	38	27.74
	Estrategia de uso frecuente	27	19.71	11	8.03	11	8.03	1	0.73	50	36.50
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Planificación	Muy pocas veces emplea esta estrategia	29	21.17	12	8.76	4	2.92	4	2.92	49	35.77
	Depende de la circunstancia	17	12.41	9	6.57	3	2.19	7	2.19	36	26.28
	Estrategia de uso frecuente	24	17.52	15	10.95	12	8.76	1	0.73	52	37.96
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Supresión de actividades competentes	Muy pocas veces emplea esta estrategia	38	27.74	13	9.49	3	2.19	8	5.84	62	45.26
	Depende de la circunstancia	21	15.33	11	8.03	9	6.57	2	1.46	43	31.39
	Estrategia de uso frecuente	11	8.03	12	8.76	7	5.11	2	1.46	32	23.36
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Postergación del afrontamiento	Muy pocas veces emplea esta estrategia	40	29.20	19	13.87	12	8.76	6	4.38	77	56.20
	Depende de la circunstancia	20	14.60	10	7.30	6	4.38	6	4.38	42	30.66
	Estrategia de uso frecuente	10	7.30	7	5.11	1	0.73	0	0	18	13.14
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Apoyo instrumental social	Muy pocas veces emplea esta estrategia	29	21.17	10	7.30	7	5.11	0	0.00	46	33.58
	Depende de la circunstancia	9	6.57	4	2.92	4	2.92	8	5.84	25	18.25
	Estrategia de uso frecuente	32	23.36	22	16.06	8	5.84	4	2.92	66	48.18
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Apoyo emocional social	Muy pocas veces emplea esta estrategia	27	19.71	12	8.76	7	5.11	0	0	46	33.58
	Depende de la circunstancia	17	12.41	5	3.65	5	3.65	5	3.65	32	23.36
	Estrategia de uso frecuente	26	18.98	19	13.87	7	5.11	7	5.11	59	43.07
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Reinterpretación positiva	Muy pocas veces emplea esta estrategia	3	2.19	2	1.46	3	2.19	0	0.00	8	5.84
	Depende de la circunstancia	17	12.41	12	8.76	0	0.00	5	3.65	34	24.82
	Estrategia de uso frecuente	50	36.50	22	16.06	16	11.68	7	5.11	95	69.34
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Aceptación	Muy pocas veces emplea esta estrategia	4	2.92	4	2.92	1	0.73	3	2.19	12	8.76
	Depende de la circunstancia	22	16.06	16	11.68	8	5.84	6	4.38	52	37.96
	Estrategia de uso frecuente	44	32.12	16	11.68	10	7.30	3	2.19	73	53.28
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Acudir a la religión	Muy pocas veces emplea esta estrategia	2	1.46	0	0	0	0	0	0	2	1.46
	Depende de la circunstancia	7	5.11	1	0.73	0	0	0	0	8	5.84
	Estrategia de uso frecuente	61	44.53	35	25.55	19	13.87	12	8.76	127	92.70
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Negación	Muy pocas veces emplea esta estrategia	44	32.12	24	17.52	8	5.84	1	0.73	77	56.20
	Depende de la circunstancia	17	12.41	7	5.11	7	5.11	9	6.57	40	29.20
	Estrategia de uso frecuente	9	6.57	5	3.65	4	2.92	2	1.46	20	14.60
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Enfocar y liberar emociones	Muy pocas veces emplea esta estrategia	40	29.20	17	12.41	11	8.03	0	0	68	49.64
	Depende de la circunstancia	20	14.60	4	2.92	2	1.46	4	2.92	30	21.90
	Estrategia de uso frecuente	10	7.30	15	10.95	6	4.38	8	5.84	39	28.47
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Desentendimiento conductual	Muy pocas veces emplea esta estrategia	53	38.69	25	18.25	10	7.30	0	0	88	64.23
	Depende de la circunstancia	12	8.76	9	6.57	6	4.38	12	8.76	39	28.47
	Estrategia de uso frecuente	5	3.65	2	1.46	3	2.19	0	0	10	7.30
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00
Desentendimiento mental	Muy pocas veces emplea esta estrategia	44	32.12	19	13.87	9	6.57	0	0	72	52.55
	Depende de la circunstancia	20	14.60	13	9.49	9	6.57	2	1.46	44	32.12
	Estrategia de uso frecuente	6	4.38	4	2.92	1	0.73	10	7.30	21	15.33
Total		70	51.09	36	26.28	19	13.87	12	8.76	137	100.00

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE y del BDI-II

En la Tabla 23 se visualiza que, en cuanto a la estrategia de afrontamiento supresión de actividades competentes, el 22.74% y el 9.49% de los pacientes oncológicos que emplean mencionada estrategia presentan niveles de depresión mínimo y leve, respectivamente; por el contrario, el 6.57% se encuentra representado por aquellas personas que usan la estrategia de afrontamiento supresión de actividades dependiendo las circunstancias y cuentan con un nivel moderado de depresión; sin embargo, el 1.46% de las personas que padecen de cáncer, hacen uso de la supresión de actividades de forma frecuente y tienen un nivel severo de depresión.

Considerando la estrategia de afrontamiento aceptación, el 32.12% de las unidades de análisis usan dicha estrategia de forma frecuente y al mismo tiempo cuentan con un nivel de depresión mínimo; también, el 11.68% de las personas que padecen de cáncer emplean la estrategia de afrontamiento aceptación dependiendo de las circunstancias y tienen un nivel leve de depresión; además, 7.30% de los pacientes oncológicos hacen uso frecuente de la aceptación como estrategia y presentan un nivel de depresión moderado; por otro lado, el 4.38% de la muestra utilizan la estrategia de afrontamiento aceptación dependiendo de las circunstancias, y cuentan con un nivel de depresión severo.

De la misma manera, en cuanto a la estrategia de afrontamiento acudir a la religión, el 44.53% y el 25.55% de los pacientes oncológicos que emplean frecuentemente mencionada estrategia cuentan con niveles de depresión mínimo y leve respectivamente; así mismo, el 13.87% y el 8.76% de la muestra también usan frecuentemente la estrategia acudir a la religión, pero cuentan con niveles de depresión moderado y severo, respectivamente.

Por otro lado, en relación a la estrategia de afrontamiento negación, el 32.12% y el 17.52% se encuentran representados por las personas que muy pocas veces hacen uso de dicha estrategia y cuentan con niveles de depresión mínimo y severo respectivamente; por el contrario, el 6.57% de las personas que emplean la negación dependiendo de las circunstancias tienen un nivel de depresión severo.

Además, en tanto a la estrategia de afrontamiento enfocar y liberar emociones, se observa que el 29.20% y el 12.41% de los pacientes oncológicos que muy pocas veces emplean mencionada estrategia tienen un nivel de depresión mínimo y leve

respectivamente; en cambio, el 5.84% de la muestra que frecuentemente usan la estrategia de enfocar y liberar emociones presentan un nivel severo de depresión.

En base a la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual, se tiene que el 38.69% y el 18.25% equivalen a aquellas personas que hacen uso de dicha estrategia muy pocas veces y a su vez tienen un nivel de depresión mínimo y leve respectivamente; por otra parte, el 8.76% de la muestra que emplean la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual dependiendo de las circunstancias cuentan con un nivel severo de depresión; y el 2.19% de los pacientes oncológicos que usan frecuentemente el desentendimiento conductual presentan un nivel de depresión moderado.

Por último, en cuanto a la estrategia de afrontamiento desentendimiento mental, el 32.12% y el 13.87% de los pacientes oncológicos que muy pocas veces hacen uso de la mencionada estrategia cuentan con un nivel de depresión mínimo y leve respectivamente; sin embargo, el 7.30% de las personas que padecen de cáncer que emplean el desentendimiento mental de forma frecuente tienen un nivel severo de depresión; finalmente las unidades de análisis que se encuentran representadas por el 6.57% emplean la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual dependiendo de las circunstancias, presentan un nivel de depresión moderado.

4.2. Contrastación de hipótesis

De los resultados obtenidos en el presente estudio se procede a comprobar las hipótesis planteadas. Se emplea el mismo orden del apartado anterior.

4.2.1. Contrastación de la primera hipótesis específica

Formulación de hipótesis estadísticas

H₀: La estrategia de afrontamiento predominante no es acudir a la religión, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

H₁: La estrategia de afrontamiento predominante es acudir a la religión, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\%$

Estadístico de prueba: Chi cuadrado bondad de ajuste

Tabla 24

Prueba estadística chi cuadrado bondad de ajuste de la variable estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica
Afrontamiento activo	1.942 ^a	2	.379
Planificación	3.168 ^a	2	.205
Supresión de actividades competentes	10.088 ^a	2	.006
Postergación del afrontamiento	38.555 ^a	2	.000
Apoyo social instrumental	18.409 ^a	2	.000
Apoyo social emocional	7.985 ^a	2	.018
Reinterpretación positiva	87.343 ^a	2	.000
Aceptación	42.058 ^a	2	.000
Acudir a la religión	217.679 ^a	2	.000
Negación	36.628 ^a	2	.000
Enfocar y liberar emociones	17.270 ^a	2	.000
Desentendimiento conductual	68.073 ^a	2	.000
Desentendimiento mental	28.569 ^a	2	.000

a. 0 casillas (0.0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 45.7.

Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE

Lectura del P valor

$H_0: (p \geq 0.05) \rightarrow$ No se rechaza la H_0

$H_1: (p < 0.05) \rightarrow$ Se rechaza la H_0

$P = \text{Sig asintótica}; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la H_0

Decisión

El p-valor (4.2456E-9) es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza H_0 .

Conclusión

Con un nivel de confianza del 95%, se concluye que, la estrategia de afrontamiento predominante es acudir a la religión, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

4.2.2. Contrastación de la segunda hipótesis específica

Formulación de hipótesis estadísticas

H_0 : El nivel de depresión no es leve, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

H_1 : El nivel de depresión es leve, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\%$

Estadístico de prueba: Chi cuadrado bondad de ajuste

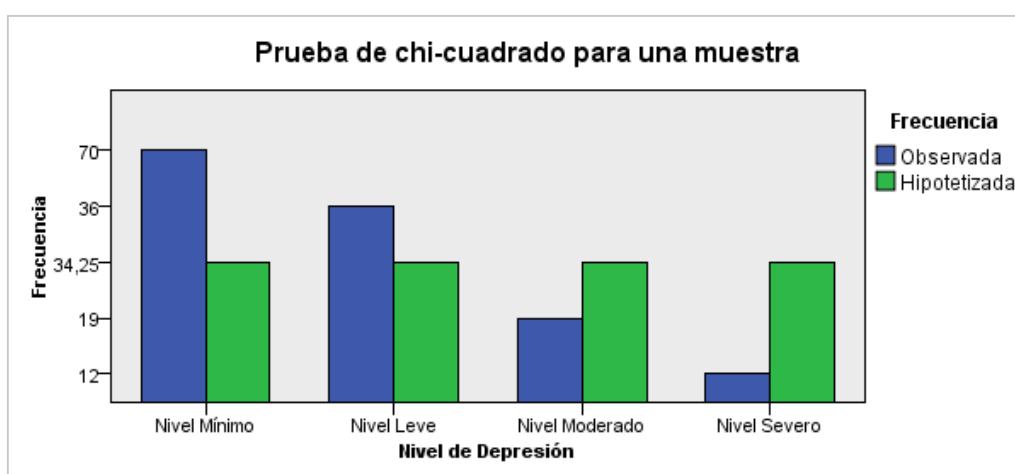


Figura 15. Chi cuadrado bondad de ajuste de la variable niveles de depresión
Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del BDI-II

Decisión

Para la presente hipótesis específica, no se concluye el proceso de la obtención del p-valor; sin embargo, los resultados muestran que el nivel de depresión es mínimo (51.09%), por lo tanto, no se rechaza H_0 .

Conclusión

Con un nivel de confianza del 95%, se concluye que, el nivel de depresión es mínimo, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

4.2.3. Contratación de la hipótesis general

Formulación de hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

H₁: Existe relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\%$

Estadístico de prueba: Tau c de Kendall

Tabla 25
Coefficiente de correlación Tau c de Kendall de las variables estrategias de afrontamiento y niveles de depresión

Estrategias de afrontamiento	Niveles de depresión	Estadístico de prueba de coeficiente de correlación	Valores	Interpretación
Afrontamiento activo	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	-0.003 0.967 137	No existe relación $P \geq 0.05$
Planificación	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.081 0.250 137	No existe relación $P \geq 0.05$
Supresión de actividades competentes	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.148 0.040 137	Si existe relación $P < 0.05$
Postergación del afrontamiento	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	-0.013 0.848 137	No existe relación $P \geq 0.05$
Apoyo social instrumental	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.068 0.303 137	No existe relación $P \geq 0.05$
Apoyo social emocional	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.117 0.083 137	No existe relación $P \geq 0.05$
Reinterpretación positiva	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	-0.025 0.689 137	No existe relación $P \geq 0.05$
Aceptación	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	-0.174 0.012 137	Si existe relación $P < 0.05$
Acudir a la religión	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.090 0.003 137	Si existe relación $P < 0.05$
Negación	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.169 0.012 137	Si existe relación $P < 0.05$
Enfocar y liberar emociones	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.227 0.001 137	Si existe relación $P < 0.05$
Desentendimiento conductual	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.242 0.000 137	Si existe relación $P < 0.05$
Desentendimiento mental	Nivel de depresión	Tau c de kendall Sig. n	0.272 0.000 137	Si existe relación $P < 0.05$

Nota: Datos agrupados, mediante suma de ítems totales, n=tamaño de muestra 137
Fuente: Elaboración propia basada en los datos obtenidos del COPE y del BDI-II

Lectura del P valor

$H_0: (p \geq 0.05) \rightarrow$ No se rechaza la H_0

$H_1: (p < 0.05) \rightarrow$ Se rechaza la H_0

$P = \text{Sig asintótica}; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la H_0

Tabla 26

Escala de medida de la correlación Tau c de Kendal

Coeficiente	Interpretación
De 0 a 0.20	Correlación prácticamente nula
De 0.21 a 0.40	Correlación baja
De 0.41 a 0.70	Correlación moderada
De 0.71 a 0.90	Correlación alta
De 0.91 a 1	Correlación muy alta

Fuente: Rafael Bisquerra Alzina (2009, p. 212). Metodología de la investigación educativa (Editorial La Muralla S.A., 2ed).

Decisión

El p-valor representativos son todos los p-valor ($p < 0.05$) que son menores que el nivel de significancia (0.05), por lo tanto, se rechaza H_0 .

Conclusión

Con un nivel de confianza del 95%, se concluye que, existe relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017. Siendo estas estrategias de afrontamiento: desentendimiento mental, desentendimiento conductual, enfocar y liberar emociones, aceptación, negación, supresión de actividades competentes y acudir a la religión.

4.3. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017.

En cuanto a la variable estrategias de afrontamiento (Tabla 21), se destaca el predominio de la estrategia acudir a la religión, le siguen la reinterpretación positiva y la aceptación; sin embargo, la que menos se recurre es la estrategia de desentendimiento conductual. Este resultado concuerda con las investigaciones realizadas en muestras de pacientes con el diagnóstico de cáncer, por Solano (2001), Chau (2002), y Soto (2010). Se puede afirmar entonces que, las estrategias enfocadas en la emoción para hacerle frente a diversos acontecimientos estresantes, son el común denominador a nivel nacional de las personas que padecen de cáncer o cualquier otra enfermedad ya sea terminal o no; además, el evitar lidiar con estresores no es una estrategia que utilicen frecuentemente, por el contrario, optan por afrontar aquellas situaciones que demandan ciertos niveles de estrés.

La estrategia de afrontamiento acudir a la religión, es definida como la tendencia a apoyarse en la religión en aquellas situaciones de estrés, con la intención de reducir la tensión existente (Lazarus, 1986). La evidencia en estudios desarrollados por Soto (2010), Ortiz (2014), Peralta y Reinaltt (2017) y Terán (2018), respaldan el uso prioritario de esta estrategia por los pacientes oncológicos; esto podría deberse según Rodríguez (como se cita en Taylor, 1984) a que a raíz del diagnóstico de esta enfermedad, las personas tienen más necesidades espirituales, esto sin importar el tipo de religión que profesan; así mismo, las creencias religiosas y los temas que guardan relación con la espiritualidad ayudan a afrontar, incluso puede ser beneficioso, ya que disminuye los niveles de ansiedad y depresión (Rodríguez, 2006). También, se sabe que las prácticas religiosas son factores positivos en el afrontamiento al cáncer y por lo tanto en la salud en general; esto se debería a que el empleo de la religión incluye prácticas individuales congruentes al sentimiento de fe y pedido de ayuda, principalmente para fortalecer la lucha contra la enfermedad, y como modo de agradecimiento por la nueva oportunidad de vida (Laos, 2010).

En cuanto a la reinterpretación positiva como segunda estrategia de uso frecuente por los pacientes oncológicos, coincide con el resultado de los estudios de

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno en el año 2007, y de Becerra y Otero en el año 2013. Lazarus y Folkman (1986) consideran mencionada estrategia como un tipo de afrontamiento emocional, más que para hacerle frente a acontecimientos estresantes; sin embargo, Carver et al. (1989) mencionan que esta estrategia no se encuentra limitada a la reducción de malestar, sino que al reconstruir el estresor en términos positivos se desarrollan posteriormente estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. Rodríguez (como se cita en Taylor, 1984) indica que el padecer cáncer genera cambios no solamente negativos, sino que también positivos, esto se ha relacionado con un cambio de prioridades, pensamientos y valores, que influyen en la forma de definir o redefinir las situaciones estresantes.

Por otro lado, la estrategia de afrontamiento menos usada es el desentendimiento conductual (Tabla 21), que sucede cuando el individuo deja de intentar alcanzar sus metas, las cuales se ven obstaculizadas por el estresor, reduciendo los esfuerzos conductuales y cognitivos dirigidos a afrontar determinada situación (Carver et al., 1989). El resultado encontrado coincide con lo reportado por Soto (2010), Becerra y Otero (2013); esto daría lugar a deducir que los pacientes oncológicos no cumplen un rol pasivo, por el contrario, se esfuerzan por culminar sus metas; como prueba de ello es resaltante mencionar que los participantes asisten a su tratamiento para así confrontar su enfermedad y lograr vencerla.

En la relación a la variable depresión, los resultados hallados (Tabla 22 y Figura 14) guardan congruencia con los estudios nacionales de Soto (2010) y Tateishi (2011), quienes no reportaron gran presencia de niveles elevados de depresión en su población de estudio, a comparación de la teoría revisada (Rodríguez, 2016; Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009). Es así que en la presente investigación el 51.09% de los pacientes oncológicos cuentan con un nivel de depresión mínima, es decir, estas personas presentan sintomatología depresiva nula o escasa; y el 26.28% de ellos tienen un nivel leve de depresión, que produce en las unidades de análisis malestar y poco deterioro en las áreas de funcionamiento. Con los datos obtenidos se puede deducir que la mayoría de los asegurados (77.37%) no presentan indicadores depresivos alarmantes.

Sin embargo no se puede dejar de mencionar que, los demás pacientes que padecen de esta enfermedad (22.63%) están repartidos entre los niveles moderado

(13.87%) y severo (8.76%); y a pesar de no ser esta una cantidad que represente gran parte de la población, estos datos no dejan de llamar la atención debido a la situación de riesgo en la que están inmersos estos pacientes y a la repercusión que puede tener en las diversas esferas de la vida, pero sobre todo en la evolución de su enfermedad, ya que la depresión conduce a una desfavorable calidad de vida, inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia (Rodríguez, Amboage, Hernández, González & Gaviria, 2015). Esto último, se encuentra respaldado por algunas evidencias que apuntan a que las emociones negativas estimulan la producción de hormonas que causan efectos sobre las células de la sangre que regularmente son las encargadas de neutralizar y destruir agentes infecciosos y células cancerígenas (Ramos, Rivero, Piqueras, García & Oblitas, 2008).

Es importante mencionar que de acuerdo con Rodríguez (2006), los síntomas depresivos de los pacientes con cáncer son consecuencia de una compleja interacción entre factores médicos, psicológicos y sociales, concluye que existe una asociación entre la existencia de depresión en pacientes oncológicos con factores relacionados a la enfermedad, tales como el tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y los efectos del tratamiento; por otra parte también se ha asociado a factores personales como el sexo, la edad, factores de personalidad, antecedentes psiquiátricos y sociofamiliares.

En relación al BDI-II, existen algunos indicadores asociados al factor somático, tales como: pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, y pérdida de interés en el sexo; mismos que pueden ser ocasionados por el proceso de enfermedad o tratamiento, pudiendo interpretarse como indicador de sintomatología depresiva.

En líneas generales, y respaldando a los datos encontrados, es importante recalcar que la depresión es un trastorno frecuente, aunque generalmente infradiagnosticado en la población oncológica, debido a la creencia de que los signos son normales y guardan congruencia con la enfermedad terminal que están enfrentando (Rodríguez, Amboage, Hernández, González & Gaviria, 2015).

De acuerdo con el objetivo general, se encontró (Tabla 25) correlación entre algunas de las estrategias de afrontamiento del COPE y los puntajes del BDI-II; específicamente, el desentendimiento mental, desentendimiento conductual, enfocar y liberar emociones, , aceptación, negación, supresión de actividades competentes y

acudir a la religión, guardan relación con los niveles de depresión. Sin embargo, esta relación es más significativa en las estrategias de afrontamiento: desentendimiento mental ($T_c=0.272$), desentendimiento conductual ($T_c=0.242$), y enfocar y liberar emociones ($T_c =0.227$); mismas que según la literatura (Carver, et al., 1989) pertenecen al estilo evitativo de afrontamiento.

La estrategia de desentendimiento mental consiste en que la persona desarrolle una serie de actividades que la distraigan del problema; en cuanto a la estrategia de afrontamiento desentendimiento conductual, por su parte, implica aminorar los esfuerzos para afrontar la situación estresante y/o renunciar a alcanzar los objetivos con los que interfiere; por último, enfocar y liberar emociones hace referencia a focalizarlas consecuencias desagradables del evento en emociones que se expresan con libertad (Carver, et al., 1989).

El objetivo general del estudio concuerda con una investigación llevada a cabo por Soto (2010) en mujeres con cáncer de mama, así mismo, existen algunos autores (Jiang & Lui, 2007) que mencionan que el empleo de un estilo evitativo de afrontamiento, está asociado a la presencia de sintomatología depresiva. Respaldando este sustento, la literatura internacional (Carver & Scheier, 1994) y nacional (Cassaretto & Paredes, 2006; Romero, 2009) relacionan dicho modo de afrontamiento con niveles de malestar psicológico, estrés y menor estatus de salud en pacientes con enfermedades crónicas. Esto podría deberse a que se atañe al diagnóstico de cáncer, valoraciones de pérdida de la vida o daño fisiológico, y durante el proceso de enfermedad se experimenta una serie de cambios en el estilo de vida, que van acompañados de sentimientos de miedo, desesperanza, tristeza y frustración, lo cual llevaría a la persona a optar por la evitación de todo lo que le conecta con el dolor (Soto, 2010).

Relacionado a lo anteriormente mencionado, se sabe que las estrategias de afrontamiento son flexibles, y llevándolo hacia la enfermedad oncológica, existen evidencias que afirman que al inicio del proceso se suelen emplear más estrategias de afrontamiento de tipo evitativo (Soriano, 2002). Lazarus (1986) señala que estas estrategias evitativas suelen ser eficaces a corto plazo durante el tiempo inicial de la enfermedad, ya que los recursos estarían siendo limitados por el impacto, por ello la persona necesitaría alejarse del estímulo de desesperación, con el objetivo de

replantear su aparato psíquico y activar sus recursos para hacerle frente al cáncer; además de ello existe otro factor que podría estar influyendo al optar por esta forma de afrontamiento para encontrar un bienestar psicológico, y estas serían las características individuales, es así que para algunas personas les resulta más adaptativo el ser evitativos en un momento específico del proceso de este padecimiento, pese a la presencia de síntomas depresivos.

Tras el análisis de los resultados hallados y la discusión de los mismos, es importante hacer un recuento de las limitaciones presentadas en la presente investigación para ser tomadas en cuenta. Una de ellas, fue el contexto de evaluación, ya que en algunos casos no era el más favorable al momento de la aplicación de los instrumentos. Otra dificultad se encuentra en el tipo correlacional de la investigación, ya que no se permite establecer un vínculo causal entre las variables, es decir, determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que ocasionan niveles de depresión de las unidades de estudio, o si es que la presencia de depresión produce optar por ciertas estrategias de afrontamiento.

Para finalizar, no se puede dejar de mencionar la relevancia del presente estudio, principalmente por el aporte a la psicología de la salud, al ser esta investigación la primera en la región Tacna que pretende establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos. Es importante que futuras investigaciones que tengan como población de estudio personas con enfermedades no solamente terminales, se centren en explorar los factores psicológicos y generar de esta manera nuevos conocimientos que contribuyan en la intervención psicológica.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que la estrategia de afrontamiento predominante es acudir a la religión, en los pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017. Un 90.70% de las unidades de análisis hace uso frecuente de la estrategia de afrontamiento acudir a la religión; así mismo, 5.84% de ellos, emplea mencionada estrategia de acuerdo a las circunstancias; y un 1.46% de los pacientes oncológicos recurre a la estrategia de afrontamiento acudir a la religión muy pocas veces (Tabla 21). Según los estadísticos Chi cuadrado bondad de ajuste $X^2 = 217.679$ y P-valor = 0.000 (Tabla 24).

2. Se determinó que el nivel de depresión es mínimo, en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017. La mayoría (51.09%) de las unidades de análisis presenta un nivel de depresión mínimo, el 26.28% se encuentra representando por las personas con un diagnóstico de cáncer que cuentan con un nivel de depresión leve, también, el 13.87% de pacientes oncológicos tienen un nivel moderado de depresión, y, por último, el 8.76% de ellos cuentan con un nivel de depresión severo (Tabla 22 y Figura 14). Según los Chi cuadrado bondad de ajuste (Figura 15).

3. Se encontró que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017. Resaltando las siguientes estrategias de afrontamiento: en primer lugar ($T_c=0.272$) el desentendimiento mental (p-valor=0.000), seguido del ($T_c=0.242$) desentendimiento conductual (p-valor=0.001), y ($T_c=0.227$) enfocar y liberar emociones (p-valor=0.001). Según los estadísticos Tau c de Kendall (Tabla 25).

RECOMENDACIONES

1. Se aconseja que el profesional de la salud mental, replique el estudio bajo la misma línea investigativa, tomando en cuenta otras variables, como las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, y estado civil) y datos sobre el diagnóstico (fecha de diagnóstico, el tipo de cáncer, área de atención y enfermedades adicionales), ya que estas pueden estar influyendo en las respuestas de los participantes y por ende en los resultados. También, se podría llevar a cabo análisis cualitativos para así complementar los resultados hallados con respecto a las variables estrategias de afrontamiento y niveles de depresión, así como también su asociación. Además, es importante continuar con la realización de investigaciones que describan y/o determinen la relación de variables psicológicas en la población oncológica, tales como características de personalidad, bienestar psicológico, calidad de vida, entre otras; con la finalidad de ampliar el panorama psicológico en enfermedades crónicas, y en base a los resultados plantear alternativas que generen soluciones.

2. Se recomienda que el profesional de la salud mental, desarrollar acciones orientadas a la intervención primaria y secundaria. La primera, con el fin de reducir la incidencia de trastornos mentales asociados al cáncer, en este caso la depresión, llevando a cabo entrevistas, tamizajes, programas que tenga por objetivo brindar información sobre el manejo adecuado de las emociones y pensamientos negativos, y cómo estos repercuten en su estilo de vida y por ende en la evolución de la enfermedad; así mismo, complementar con talleres que brinden herramientas para la elección de estrategias de afrontamiento frente a diversos estresores. En cuanto a la intervención secundaria, implementación de programas que pretendan reducir los niveles de depresión, tales como la psicoterapia de apoyo, técnicas de relajación, mindfulness, entre otras; en relación a las estrategias de afrontamiento, fortalecer los recursos internos y externos para afrontar situaciones estresantes, de esta manera, fortalecer aquellas que son adaptativas, a través de técnicas cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, etc. y reforzar el empleo de la estrategia de afrontamiento acudir a la religión a través de prácticas espirituales y/o religiosas. Además, es importante tener en cuenta la posibilidad de crear un área de psicooncología, misma que responde a las necesidades de los asegurados.

3. Se sugiere que el profesional de la salud mental realice capacitaciones dirigidas al personal asistencial que estén inmersos en la intervención oncológica; con el fin de incrementar el conocimiento de la enfermedad del cáncer desde el punto de vista psicológico, teniendo como punto de partida los resultados hallados. De esta forma se genera mayores niveles de empatía y por ende una mejor calidad de atención; con ello, se apunta también a brindar intervenciones multidisciplinarias en beneficio de los asegurados.

4. Ejecutar talleres llevados a cabo por el profesional de la salud mental, dirigidos a los familiares y/o cuidadores de los pacientes con el diagnóstico de cáncer, con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida, en base a la evidencia científica. En relación a las estrategias de afrontamiento y depresión principalmente, los talleres ofrecerían pautas sobre cómo orientar y apoyar en la elección consciente de las acciones para hacerle frente a situaciones estresantes; en cuanto a la segunda variable, reconocer indicadores de sintomatología depresiva y saber en qué momento pedir ayuda de un profesional de la salud mental para que se pueda dar una intervención oportuna. Además, es importante añadir a los talleres temas que atañen al factor psicológico, teniendo por objetivo brindar información sobre las características psicológicas de las personas con esta enfermedad, así como también, sobre los trastornos mentales que están asociados a la oncología, además de técnicas para prevenir y lidiar con los mismos.

REFERENCIAS

- Ardila, Y. & Laura, C. (2013). Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional. *Revista universidad y salud*, 15(2), 150-164.
- Almanza, J. J. & Holland J.C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*, 46(3), 196-206.
- American Cancer Society (2013). *El cáncer afecta su salud emocional*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosemocionales/la-ansiedad-el-miedo-y-la-depresion-cancer-and-your-emotional-health>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª. ed.). Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Ayca, C. (2016). *Relación entre estrés académico percibido y estrategias de afrontamiento en los estudiantes de la Universidad Privada de Tacna 2014*. Tesis de licenciatura. Universidad Privada de Tacna. Tacna. Perú.
- Barlow, D. (2008). *Psicopatología* (3ª. ed.). Madrid: Paraninfo.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayo, J. L., García, J., Hernández, A. L., & Maganto, V. V. (2007). *Cáncer de mama*. Madrid: Grupo Editorial Entheos.

- Becerra, I. & Otero, S. (2013). *Relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Magister. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Perú.
- Breitbar, W. (1995). Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 10(2), 131-141.
- Cabrera, L., Mendoza, E. & Obando, P. (2010). Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. *Revenferm Herediana*, 3(2), 96- 103.
- Cancer.Net. (2015a). *Qué es la quimioterapia*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia>
- Cancer.Net. (2015b). *Qué es la radioterapia*. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/radioterapia/qu%C3%A9-es-la-radioterapia>
- Carranza, R. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de psicología de Trujillo*, 15(2), 170-182.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1994). Afrontamiento disposicional y afrontamiento situacional en una situación estresante. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casado, F. (2010). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Servicio Andaluz de salud*, 20(3), 1-10.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 369.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1), 109-140.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chalen, L. (2009). *Estadísticas sobre depresión*. Recuperado de <http://psicologosperu.blogspot.pe/2009/12/estadisticas-sobre-depresion.html>
- Chau, C. (1998). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students: the rol of stress, coping and expectancies*, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Condori, M. (2013). *Estrés académico y su relación con las estrategias de afrontamiento de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional*

- Jorge Basadre Grohmann Tacna, 2012. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. Perú.*
- Contreras, F. (2006). *Ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa psiquiátrica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna. Perú.*
- Córdova, I. (2018). *Instrumentos de investigación. Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.*
- Cornejo, D. (2014). *Cáncer en América Latina tiene mayor mortalidad que en EE.UU. y Europa. Recuperado de <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/ciencia/cancer-en-america-latina-tiene-mayor-mortalidad-que-en-eeuu-y-europa#>*
- Derogatis, L. R., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Schmale, A., Henrich, M. & Carnicke, M, (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *JAMA*, 249(6), 751-757.
- Diario Correo Tacna (2014). *Alarmante: 11% de muertes en Tacna son por cáncer. Recuperado de <http://diariocorreo.pe/ciudad/alarmante-11-de-muertes-en-tacna-son-por-c-52468/>*
- Díaz, G. & Yaringaño J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista IIPSI*. 13(1), 69-86.
- DMedicina Salud y Bienestar (2015). *Cáncer de mama. Recuperado de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-mama.html>*
- Dugan, W., Mdonald, M. V., Passik, S. D., Rosenfeld, B.D., Theobald, D. & Ederton, S. (1998). Use of the zung self-rating scale in cancer patients: Feasibility as a screening tool. *Psychooncology*, 7(6), 483-493.

- Dura, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saúde e Doenças*, 1(1), 27-43.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2004). Adolescents least able to cope: How do they respond to their stresses? *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(1), 25-37.
- Galindo, O., Álvares M. & Alvarado, S., (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.
- García, L., Ledesma A., Llorca, R., Blanco, G., Delgado E. & Polo, M. (1990). Estudio de la personalidad y de la agresividad en pacientes cancerosos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 18(1), 34-46.
- Gaviria, A., Quinceno, J., Vinaccia S., Martínez, L. & Otalvaro, M. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), 5-13.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Ginsburg, M. L., Quirt, C., Ginsburg, A.D. & Mackillop, W.J. (1995). Psiquiatría y psicología en pacientes con diagnóstico de cáncer. *Asociación de Medicina Canadiense*, 152(3), 701-708.

- Griffith, M.A., Dubow, E.F. & Ippolito, M.F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*. 29(2). 183-204.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. (1967). La escala de reajuste social. *Revista de investigación psicosomática*, 11, 213-218.
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2010). *Depresión y el cáncer*. Recuperado de http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresi-n-y-el-cancer/doi_cancer_sp_508_143183.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer (2016a). *Cáncer de colon*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cancer-de-colon?redirect=true>
- Instituto Nacional del Cáncer (2016b). *Cáncer de próstata*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>
- Instituto Nacional del Cáncer (2016c). *Cáncer de ovario*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados>
- Jhonmarshall, R. (2002). *Motivación y emoción*.: McGraw Interamericana.
- Jiang, L-h. & Liu, X-f. (2007). The relationship between depression and coping modes in patient with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 15(6), 652-653.
- Knight, K. (2006). *El estrés y su sistema inmunitario*. Recuperado de http://www.valueoptions.com/spotlight_heart/html/pdfs/Articles/Spanish/Stress%20Español/El_Estres_y_su_Sistema_Inmunitario.pdf

- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Perú.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Macías, M. A., Orozco, C.M., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológicos. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Mamani, E. (2013). *5 de cada 100 personas en Tacna sufre de depresión*. Recuperado de <http://diariocorreo.pe/ciudad/5-de-cada-100-personas-en-tacna-sufre-de-dep-74178/>
- Mesa, P. J. & Rodríguez, J. F. (2007). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ministerio de Salud del Perú (2007). *Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer*. Recuperado de http://www.irennorte.gob.pe/promsa_normas_tecnicas.php
- Ministerio de Salud del Perú (2013a). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

- Ministerio de Salud del Perú (2013b). *Únete a la esperanza de vencer el cáncer*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/cancer/?pg=1>
- Moorey, S., Greer, S. (1989). *Terapia psicológica para pacientes con cáncer*. London: Heinemann Medical Books.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)* (10^a. ed.). Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Perfiles oncológicos de los países - Perú*. Recuperado de http://www.who.int/cancer/country-profiles/per_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2015a). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015b). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1866&layout=blog&Itemid=3904&lang=es
- Ornelas, R., Tufiño, M. & Sánchez, J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicológica*, 1(3), 401-414.

- Ornelas, R., Tufiño, M., Vite, A., Tena, O., Riveros, A. & Sánchez, J., (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: Análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y salud*, 23(1), 55-62.
- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J.A., Chavarro, S., Toro, G. & Vernaza, M. (2014). Relación entre estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.
- Peralta, J. &Reinaltt, C. (2017). *Estrategias de afrontamiento del paciente con cáncer gástrico. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, EsSalud-2017.*
Recuperado de:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3033/1/RE_ENFE_JAHIR.PERALTA_CLAUDIA.REINALTT ESTRATEGIAS.DE.AFRONTAMIENTO_DATOS.PDF
- Pérez-Aranibar, C., Morales, H. & Wetzell, M. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología de la PUCP*, 10(1), 1-39.
- PsicoMed (2015). *Trastornos del humor (afectivos)*. Recuperado de http://www.psicomed.net/cie_10/cie_10_F32.html
- Radio Uno (2015). *Tacna con mayor cantidad de pacientes con cáncer a la piel.* Recuperado de <http://www.radiouno.pe/noticias/45843/tacna-con-mayor-cantidad-pacientes-con-cancer-piel>
- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J., García, L., & Oblitas, L. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15(1), 115-142.

- Ray, C., Lindop, J. & Gibson, S. (1982). El concepto del afrontamiento. *Medicina psicológica*, 12(2), 385-395.
- Reseña Histórica del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud (s.f). n/a.
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García, L., Martínez, A. & Oblitas, L. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la efectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 291-201.
- Rodríguez, I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: Un estudio empírico y clínico*. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Rodríguez, E. & Farfán, D. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*. 4(2), 71-78.
- Rodríguez, V., Amboage, A., Hernández, M., González, M. A. & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista colombiana de cancerología*, 19(3), 166-172.
- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rotter, J. B., (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.

- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: DESCLEE DE BROUWER
- Sandín, B. (Ed.). (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (Ed.). (2008). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sanz, J. & Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: Un modelo de interacción. *Servicio Oncología Médica y Cuidados Paliativos, 1*(1), 3-12.
- Selye, H. (1956). *El estrés de la vida*. New York: McGraw-Hill.
- Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología, 3*(1), 35-48.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología, (75)*, 73-85.
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Perú.
- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Perú.
- Taylor, S. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 489-502.
- Terán, J. (2018). *Estrategias de afrontamiento del paciente oncológico*. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2017. Recuperado de:

<http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/2236/BC-TES-TMP-1112.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Univisión Noticias (2012). *La sombra de la depresión en Latinoamérica*. Recuperado de <http://www.univision.com/noticias/noticias-de-latinoamerica/la-sombra-de-la-depresion-en-latinoamerica>

Vásquez, Hervás, Hernangómez & Romero (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*, 18(1), 139-165.

Weissman, A. D. (1979). *Afrontamiento al cáncer*. New York: McGraw-Hill.

Zubieta, R. (2014). *La depresión es un mal oculto y se va formando en la infancia*. Recuperado de: http://elcomercio.pe/lima/ciudad/depresion-mal-oculto-y-se-va-formando-infancia-noticia-1749462?ref=flujo_tags_276268&ft=nota_53&e=titulo

ANEXOS

ANEXO A**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____ acepto participar en la investigación “Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna, 2017”, sabiendo que esta será llevada a cabo por la alumna Marcia Gambetta Menéndez egresada de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Privada de Tacna como parte de su tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, teniendo como asesor al Psic. Luis Ramos Vargas.

Del mismo modo, reconozco estar informado(a) que dicho proceso de investigación supone la aplicación de una ficha sociodemográfica en la cual se busca recabar la información necesaria para fines de la investigación y dos instrumentos psicológicos: Inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el Inventario de Depresión de Beck II, que tendrán una duración aproximada de 20 minutos.

Estoy notificado(a) también, de que la información obtenida será mantenida siempre en el anonimato ya que la investigadora se compromete a no revelar mi identidad en ningún momento de la actividad de campo ni posterior a ella.

Estoy de acuerdo con lo mencionado en líneas anteriores y se me brindará una copia firmada por la investigadora.

Firma

Firma de la investigadora

ANEXO B

INVENTARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO (COPE)

Instrucciones

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas. Hay muchas maneras de manejar situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que tú *generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones; piensa *qué es lo que habitualmente haces tú*.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

1 = Casi nunca hago esto
2 = A veces hago esto
3 = Usualmente hago esto
4 = Hago esto con mucha frecuencia

NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA

ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI

Qué es lo que tú generalmente hacer o sientes cuando experimentas situaciones difíciles o estresantes.

	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema.				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer.				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema.				
4. Me fuerzo a mí mismo(a) a esperar el momento apropiado para hacer algo.				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron.				

Qué es lo que tú generalmente haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles o estresantes.

	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con much frecuencia
6. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo.				
8. Aprendo a vivir con el problema.				
9. Busco la ayuda de Dios.				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones.				
11. Me rehúso a creer que eso ha sucedido.				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero.				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante.				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema.				
15. Hago un plan de acción.				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas.				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita.				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer.				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes.				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo.				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado.				
22. Pongo mi confianza en Dios.				
23. Dejo salir mis sentimientos.				
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido.				

Qué es lo que tú generalmente haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles o estresantes.

	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con much frecuencia
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta.				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso.				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse.				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir.				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades.				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido.				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación.				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento.				
33. Aprendo algo de la experiencia.				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió.				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión.				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento.				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido.				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo.				
39. Sueño despierto(a) con cosas distintas al problema.				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema.				
41. Pienso en cómo podría manejar el problema.				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación.				

Qué es lo que tú generalmente haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles o estresantes.

	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmente hago esto	4 Hago esto con much frecuencia
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema.				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien.				
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar.				
47. Acepto la realidad de lo sucedido.				
48. Rezo más que de costumbre.				
49. Me molesto y soy consciente de ello.				
50. Me digo a mí mismo(a) “esto no es real”.				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema.				
52. Duermo más de lo usual.				

ANEXO C

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente, luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo cómo se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio de Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza
0 No me siento triste
1 Me siento triste todo el tiempo
2 Estoy triste todo el tiempo
3 Estoy tan triste que no puedo soportarlo
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro
1 Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2 No espero que las cosas funcionen para mí
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar
3. Fracaso
0 No me siento como un(a) fracasado(a)
1 He fracasado más de lo que hubiera deseado
2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
3 Siento que como persona soy un fracaso total
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que estoy siendo castigado(a)
1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a)
2 Espero ser castigado(a)
3 Me siento castigado(a)
7. Disconformidad con uno mismo
0 Me siento conforme conmigo mismo(a)
1 Hay cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo(a)
2 Existen muchísimas cosas en las que estoy conforme conmigo mismo(a)
3 No estoy conforme conmigo mismo(a)

<p>8. Autocrítica</p> <p>0 Siempre que me critico lo hago para mejorar</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo(a) de lo que solía estar</p> <p>2 Me critico a mí mismo(a) la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Me critico a mí mismo(a) todo el tiempo</p>
<p>9. Pensamientos o ideas suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría</p> <p>2 Desearía matarme</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>
<p>10. Llanto</p> <p>0 No he llorado últimamente</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Lloro todo el tiempo</p>
<p>11. Agitación</p> <p>0 En general, no suelo estar inquieto(a)</p> <p>1 Me siento más inquieto(a) que lo habitual</p> <p>2 Estoy tan inquieto(a) la mayor parte del tiempo</p> <p>3 Estoy tan inquieto(a) todo el tiempo</p>
<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas</p> <p>1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>
<p>14. Desvalorización</p> <p>0 Siento que soy valioso(a)</p> <p>1 No me considero tan valioso(a) como solía considerarme</p> <p>2 Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otros</p> <p>3 Siento que no valgo nada</p>
<p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo la misma energía de siempre</p> <p>1 Tengo menos energía que la que suelo tener</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer las cosas</p> <p>3 No tengo energía para nada</p>
<p>16. Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>0 No he tenido cambios en mis hábitos de sueño</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b Por lo general, duermo muy pocas horas</p>

<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No me irrito con facilidad</p> <p>1 Me irrito de vez en cuando</p> <p>2 Suelo irritarme con frecuencia</p> <p>3 Estoy irritado(a) todo el tiempo</p>
<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he tenido cambios en mi apetito</p> <p>1a Mi apetito es un poco menos que lo habitual</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <p>2a Mi apetito es mucho menos que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p>
<p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como lo habitual</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada</p>
<p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No me siento cansado ni fatigado</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual</p> <p>2 Me siento demasiado fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer</p> <p>3 Me siento demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p>
<p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1 Estoy menos interesado en e sexo de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo</p> <p>3 He perdido completamente e interés por el sexo</p>

ANEXO D

INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

Tacna, 10 de diciembre del 2018

Señora

Mag. Patricia Nué CaballeroDecana de la Facultad de Educación, Ciencias de la Comunicación y Humanidades
Presente.-

Me es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y manifestarle lo siguiente:

En vista de la resolución N°153-D-2018-UPT/FAEDCOH, de fecha 17 de Agosto del 2018, en la cual se me designa como docente asesor del proyecto de tesis titulado: "Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Seguro Social de Salud EsSalud de Tacna, 2017" presentada por la Bachiller en Psicología Srta. **GAMBETTA MENENDEZ, Marcia Alejandra**, para optar el título profesional de licenciado, cabe mencionar que tras haber realizado las respectivas revisiones en mérito a la resolución antes descrita, la Bachiller ha levantado todas las observaciones hechas y se encuentra APTO para continuar con los trámites correspondientes.

Sin otro particular, quedo de Ud.



Mg. Nadia Nancy Puma Pillco
Docente - Carrera Profesional de Psicología

ANEXO E

INFORME DE DICTAMEN DE TESIS

INFORME

25 JUN 2019



16:00-

AL : Mgr. PATRICIA NUÉ CABALLERO
Decana de la FAEDCOH - UPT

DEL : Psic. GLENDA R. VILCA CORONADO
Docente de la Carrera Profesional de Psicología


ASUNTO : Dictamen de tesis.

FECHA : Tacna, 25 de junio de 2019

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y cumplir con lo dispuesto en la resolución N° 281-D-2018-UPT/FAEDCOH, en el que se me designa como dictaminador de la tesis titulada "RELACION ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTE ONCOLOGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA, 2017" presentada por la Srta. Bachiller GAMBETTA MENÉNDEZ, Marcia Alejandra.

Al respecto y luego del levantamiento de observaciones respectivas declaro el Dictamen de la tesis FAVORABLE.

Es cuanto informo para los fines pertinentes,


Psic. GLENDA R. VILCA CORONADO
Docente - Escuela Profesional de Humanidades
Carrera Profesional de Psicología

HOJA DE CALIFICACIÓN

Luego de sustentar la Tesis Diseño de Intervención titulada:

“RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD DE TACNA, 2017”

Por la bachiller: Gambetta Menéndez, Marcia Alejandra

Obtuvo la calificación de:

Los jurados fueron:

Presidente:

Secretario:

Vocal:

Tacna, _____ de _____ del 2019

Firma y sello de la Secretaria Académica