

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



LA GRATITUD Y EL TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PA- CIENTES ONCOLÓGICOS

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado de Psicología

Jessica Cidia Núñez Mondéjar

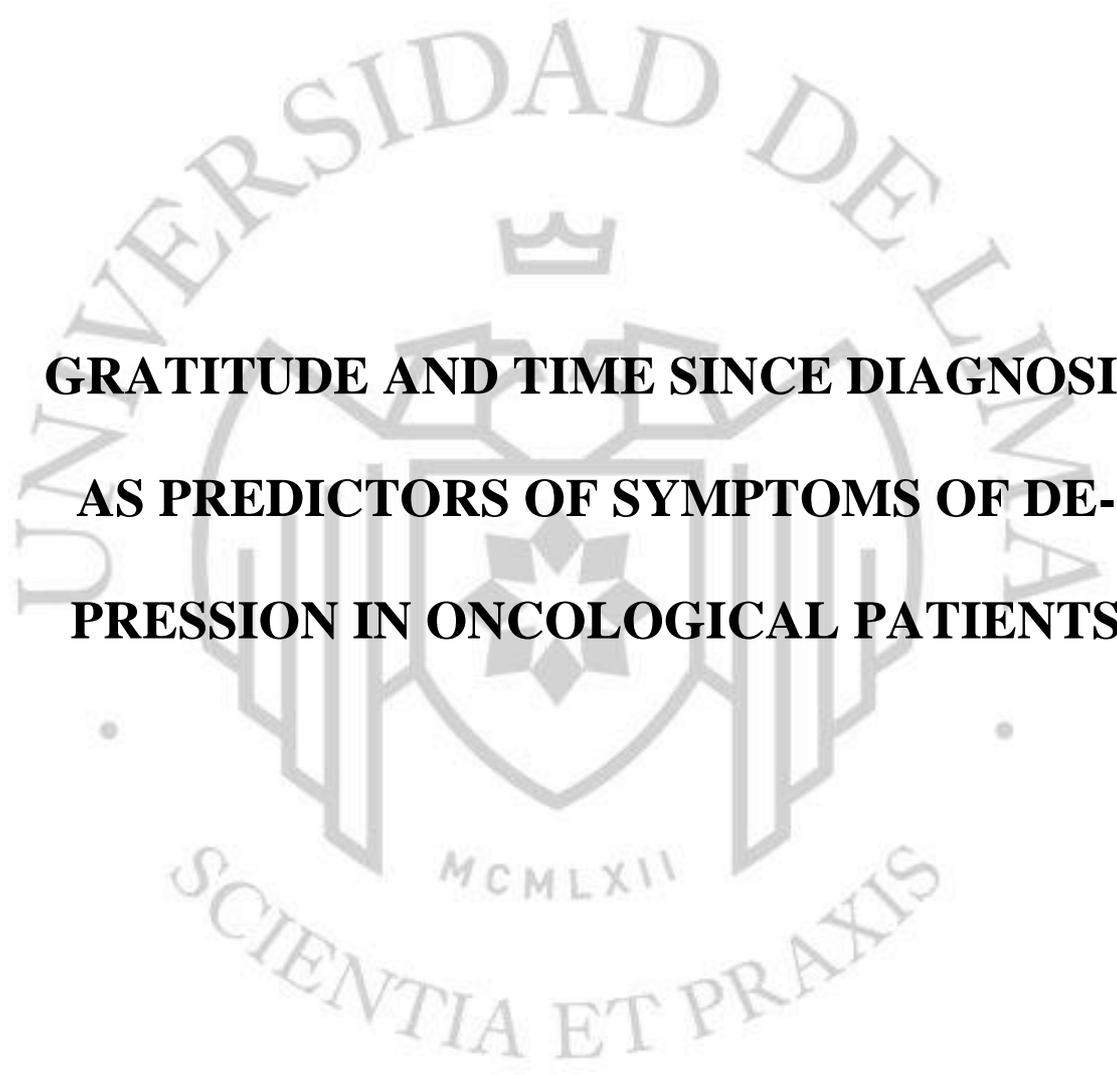
Código 20130908

Asesor

Vicente Alfredo Rodríguez Salcedo

Lima – Perú
Noviembre del 2019





**GRATITUDE AND TIME SINCE DIAGNOSIS
AS PREDICTORS OF SYMPTOMS OF DE-
PRESSION IN ONCOLOGICAL PATIENTS**

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la capacidad del tiempo desde el diagnóstico y los factores de la gratitud como predictores de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos. Se evaluó 133 pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, empleando un muestreo por conveniencia. Se aplicó la Escala de Gratitud de Alarcón y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los resultados revelaron que la Calidad Sentimental de la gratitud es la mejor predictora del Factor Depresivo ($b = -.22$, $t(128) = -2.50$, $p = .01$) y Pérdida de Interés ($b = -.22$, $t(128) = -2.53$, $p = .01$) de la sintomatología depresiva. Por el contrario, el tiempo desde el diagnóstico y la Obligación Moral no predicen la sintomatología depresiva. Asimismo, ni el tiempo desde el diagnóstico ni los factores de gratitud predicen la Actividad Disminuida de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Gratitud, Tiempo desde el diagnóstico, Sintomatología depresiva, CES-D, Pacientes oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

ABSTRACT

This study aimed to explore the extent to which time since diagnosis and gratitude factors predict symptoms of depression in oncological patients. A total of 133 patients at the National Institute of Neoplastic Diseases were evaluated using a convenience sampling method. The Gratitude Scale by Alarcon and the Center for Epidemiologic Studies—Depression Scale (CES-D) were used for the evaluation. The results revealed that the Sentimental Feature of gratitude is the best predictor of the Depressive Factor ($b = -.22$, $t(128) = -2.50$, $p = .01$) and Loss of Interest ($b = -.22$, $t(128) = -2.53$, $p = .01$) of the depressive symptomatology. Conversely, time since diagnosis and Moral Duty do not predict symptoms of depression. Likewise, neither time since diagnosis nor the gratitude factors predict the Diminished Activity of the depressive symptomatology.

Keywords: *Gratitude, Time since diagnosis, Symptoms of depression, CES-D, Cancer Patients, National Institute of Neoplastic Diseases.*

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación y relevancia.....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 El cáncer.....	5
2.1.1 Causas del cáncer y contexto social en el Perú.....	6
2.1.2 Efectos psicológicos del cáncer.....	7
2.2 La gratitud.....	9
2.2.1 Gratitud y su relación con otras variables.....	12
2.3 Depresión en el cáncer.....	14
2.3.1 Depresión y el tiempo desde el diagnóstico.....	15
2.3.2 Depresión y gratitud.....	16
2.3.3 Depresión, gratitud y tiempo desde el diagnóstico.....	17
CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES..	19
3.1 Objetivos.....	19
3.2 Hipótesis.....	19
3.3 Definición de variables.....	19
CAPÍTULO IV: MÉTODO.....	21
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	21
4.2 Participantes.....	21
4.3 Técnicas de recolección de datos.....	25
4.3.1 Escala de Gratitud de Alarcón (2014).....	25
4.3.2 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos...27	
4.4 Procedimiento de recolección de datos.....	28

CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	30
5.1 Estadísticos descriptivos.....	30
5.2 Estadísticos inferenciales: modelos de regresión.....	33
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS.....	48

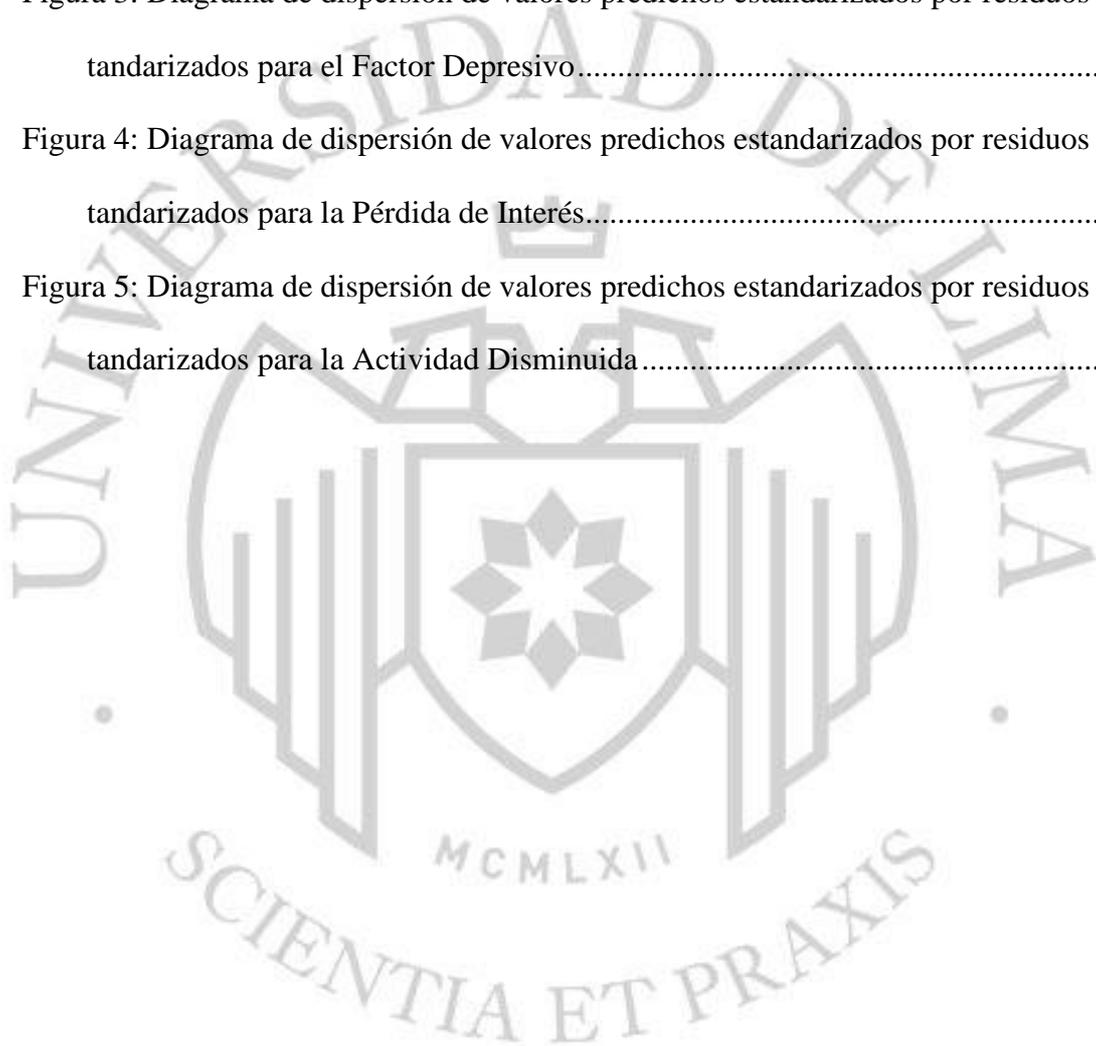


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de frecuencias y porcentajes según nivel educativo	23
Tabla 2: Diagnósticos oncológicos de los pacientes.....	25
Tabla 3: Resultados descriptivos de los factores y total de EGA, los factores y total de CES-D y la variable tiempo desde el diagnóstico en meses	31
Tabla 4: Correlaciones entre la variable Tiempo desde el Diagnóstico, los factores de gratitud y los factores de sintomatología depresiva.....	33
Tabla 5: Coeficientes de modelo de regresión lineal múltiple, donde Factor Depresivo es la variable dependiente	35
Tabla 6: Coeficientes de modelo de regresión lineal múltiple, donde Pérdida de Interés es la variable dependiente	36
Tabla 7: Coeficientes de modelo de regresión lineal múltiple, donde Actividad Dismi- nuida es la variable dependiente	37
Tabla 8: Distribución de cargas factoriales en la Escala de de Gratitud de Alarcón (2014).....	64
Tabla 9: Adecuación de la matriz de correlaciones policóricas.....	65
Tabla 10: Cargas factoriales de los ítems y su agrupación a una solución de 3 factores utilizando la rotación oblicua tipo promin.....	66
Tabla 11: Coeficientes de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald por cada factor y por el total	67
Tabla 12: Distribución de cargas factoriales en la escala CES-D	68
Tabla 13: Estadísticos de multicolinealidad	74
Tabla 14: Diagnósticos de multicolinealidad	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de porcentajes según estado civil	23
Figura 2: Distribución de porcentajes según estadio de la enfermedad.....	24
Figura 3: Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para el Factor Depresivo.....	75
Figura 4: Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la Pérdida de Interés.....	76
Figura 5: Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la Actividad Disminuida.....	77



ÍNDICE DE APÉNDICES

APÉNDICE 1: Ficha Sociodemográfica.....	59
APÉNDICE 2: Protocolo de la Escala de Gratitud de Alarcón	60
APÉNDICE 3: Protocolo de la CES-D.....	61
APÉNDICE 4: Cargas factoriales de Escala de Gratitud de Alarcón.....	64
APÉNDICE 5: Evidencias de validez y confiabilidad derivados de los puntajes de la Escala de Gratitud de Alarcón (2014).....	65
APÉNDICE 6: Cargas factoriales de la CES-D.....	68
APÉNDICE 7: Autorización de la institución	69
APÉNDICE 8: Permiso de uso de la Escala de Gratitud de Alarcón	71
APÉNDICE 9: Permiso de uso de la CES-D	72
APÉNDICE 10: Consentimiento informado.....	73
APÉNDICE 11: Supuesto de multicolinealidad de las variables independientes	74
APÉNDICE 12: Supuesto de regresión lineal múltiple (Factor Depresivo).....	75
APÉNDICE 13: Supuesto de regresión lineal múltiple (Pérdida de Interés)	76
APÉNDICE 14: Supuesto de regresión lineal múltiple (Actividad Disminuida).....	77

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El cáncer es un término que refiere un grupo de enfermedades. En todos los tipos de cáncer, algunas células del cuerpo se empiezan a reproducir de forma anormal y expandir por los tejidos de los alrededores (National Cancer Institute [NCI], 2015). En el 2018, se registraron aproximadamente 18,1 millones nuevos casos de cáncer, 9,6 millones de muertes por cáncer y 43,8 millones de personas viviendo con cáncer (dentro de los 5 años luego de su diagnóstico). Más de la mitad de las muertes por cáncer ocurren en países menos desarrollados (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2018).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Perú (2019), considera el cáncer como un problema de salud pública, sobre todo por la alta mortalidad y discapacidad que significa. De los más de 66 000 casos que se detectan cada año, fallecen aproximadamente 33 000 de ellos. Los cánceres más frecuentes son de próstata (12.7%), mama (11.6%), estómago (9.6%) y cérvix (6.8%) (IARC, 2018). Los departamentos donde la mortalidad es mayor son: Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2013).

Así como el cáncer afecta la salud física y puede amenazar la vida, también puede traer consigo malestar emocional, que implica un amplio rango de sentimientos como ansiedad, somatización, enojo, irritabilidad, miedo, negación, estrés, depresión o soledad (NCI, 2017a; Ruini y Vescovelli, 2013). Entre ellos destaca la depresión. A nivel mundial, más de 300 millones de personas se ven afectadas por este trastorno mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018b). Es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, llegando a obstaculizar la vida familiar, social, escolar y laboral.

En el Perú, se ha demostrado que la depresión y el alcoholismo son los principales problemas de carga, incluso entre otras patologías físicas (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2013). El INSM (2013) reporta una prevalencia de vida de episodios depresivos del 17.3% en población adulta de Lima Metropolitana y Callao, y prevalencia actual de 2.8%, siendo el desorden mental más frecuente en la población general. No obstante, la incidencia de este trastorno aumenta exponencialmente en los pacientes con cáncer. Mientras que, en la población general, el 3.9% de mujeres reporta un episodio depresivo en la actualidad, en el único estudio realizado en población oncológica peruana,

se reporta un 21.29% de presencia de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama (Berrospi-Reyna, Herencia-Souza y Soto, 2017).

Si bien la magnitud del problema en pacientes con cáncer es mayor, también se observa que la sintomatología depresiva varía a lo largo del proceso de enfermedad. En un meta-análisis, Krebber et al. (2014) reportan que los síntomas depresivos tienen una prevalencia del 27% durante el tratamiento. En el primer año después del diagnóstico, la prevalencia desciende a 21% y después de un año del diagnóstico, se registra un 15% de pacientes depresivos. Por tanto, el tiempo desde el diagnóstico es una variable que podría estar interviniendo en la sintomatología depresiva de los pacientes oncológicos.

Aunque el cáncer va de la mano con reacciones negativas a nivel psicológico que pueden desembocar en trastornos mentales como depresión mayor o trastorno por estrés post-traumático (TEPT), también se reporta que pacientes sobrevivientes experimentan cambios psicológicos positivos como la gratitud, esperanza, amor y crecimiento post-traumático (Ruini y Vescovelli, 2013). Estos cambios protegen el bienestar psicológico, relacional y físico de los pacientes. En particular, la gratitud sería una fortaleza y mayormente ha sido definida como un rasgo afectivo, es decir, una disposición que consiste en la tendencia a reconocer y responder con un sentimiento de agradecimiento a la benevolencia de otros, tanto por la experiencia positiva en sí, como por los resultados que uno obtiene (McCullough, Emmons y Tsang, 2002).

Fundada por Seligman (2011), la psicología positiva es una corriente que se encuentra en pleno desarrollo en los últimos 20 años y propone un nuevo objetivo de estudio: entender el bienestar y cómo construir condiciones para una vida digna (“fortalezas”), lo que contrasta con el enfoque usual hacia la comprensión de la patología y la eliminación de los “déficits”. La gratitud es un rasgo que ha sido promovido como esencial por la psicología positiva, dado que implica orientar la vida hacia los aspectos positivos del mundo y, en diversas investigaciones, ha sido relacionada con la felicidad, el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida, la acción prosocial, la religiosidad y la espiritualidad (Alarcón y Caycho, 2015; Emmons y McCullough, 2003; McCullough et al., 2002; Rosmarin, Pirutinsky, Greer y Korbman 2016; Wood, Joseph y Maltby, 2009). La orientación positiva a la vida que se relaciona con la gratitud contrasta con la sintomatología depresiva, que implica una visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro (Wood, Maltby, Gillett, Linley y Joseph, 2008). Esta relación también ha sido señalada en población oncológica por algunos autores en el extranjero como Hoffman (2015) y Ruini y Vescovelli (2013).

A partir de lo descrito, se concluye que la población oncológica es particularmente vulnerable a desarrollar altos niveles de malestar emocional e incluso un trastorno mental como la depresión. No obstante, esta sintomatología algunas veces disminuye a medida que pasa el tiempo desde el diagnóstico, y así como el tiempo desde el diagnóstico, la gratitud también se presenta en contraste con la sintomatología depresiva. Algunas personas ven su cáncer como una “llamada de atención” para tomar importancia al agradecimiento de las pequeñas cosas de la vida, y por lo tanto, dejan de enfocarse en los afectos negativos. Ante ello surge la interrogante: ¿predicen los niveles de gratitud y el tiempo desde el diagnóstico la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos?

1.2 Justificación y relevancia

Desde un punto de vista conceptual se observa que, si bien es sabida la alta ocurrencia de síntomas depresivos en pacientes oncológicos, un abordaje desde la psicología positiva para su tratamiento es relativamente novedoso en la discusión académica. Para Seligman (2011), la intervención con psicoterapia y medicamentos tradicionales permiten que el paciente elimine el sufrimiento, miseria y los síntomas negativos. Sin embargo, este abordaje no se enfoca necesariamente en la construcción de felicidad del paciente. La psicología positiva sería un enfoque que va más allá de minimizar la miseria y apunta a construir nuevas habilidades que permitan al paciente tener emociones positivas, un sentido de vida, logros, compromiso con lo que hace y relaciones positivas. En otras palabras, que le permita florecer (“flourish”).

En el aspecto empírico-teórico, hasta el momento, las investigaciones a nivel mundial se han centrado en medir la gratitud como una disposición afectiva y no se ha considerado sus componentes cognitivos y morales. El instrumento empleado en este estudio fue creado por Alarcón (2014) en el Perú y permite explorar una definición más amplia de este constructo. Además a nivel de Perú, hasta el momento se ha realizado poca investigación sobre las variables que se exploran en esta investigación. Por ejemplo, anteriormente no se ha indagado la relación entre gratitud y sintomatología depresiva, y tampoco se ha relacionado el tiempo desde el diagnóstico y sintomatología depresiva. Actualmente solo existe un estudio que mide la incidencia de depresión en paciente oncológicos, específicamente, en mujeres con cáncer de mama (Berrospi-Reyna et al., 2017).

Respecto a la relevancia aplicativa de este estudio, Pinquart y Duberstein (2010) hallaron que las implicancias de un diagnóstico de depresión o altos síntomas depresivos en pacientes con cáncer son graves, dado que predicen una mortalidad más elevada en los pacientes. Por lo tanto, esclarecer la relación de gratitud y tiempo desde el diagnóstico como predictivas de los síntomas depresivos permite, en primer lugar, reconocer qué población de acuerdo a su tiempo desde el diagnóstico tiene mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva y requiere mayor acompañamiento del equipo de psicología. En segundo lugar, se permite explorar si la gratitud puede predecir la sintomatología depresiva con mayor fortaleza que el tiempo desde el diagnóstico y, en base a ello, realizar futuras investigaciones sobre la eficacia de ejercicios o programas de intervención basados en gratitud para pacientes oncológicos. Por ejemplo, se podrían llevar a cabo el programa de psicoterapia individual para depresión PPT (Positive Psychotherapy), que tiene un aproximado entre 12 y 14 sesiones; o el ejercicio terapéutico “tres cosas buenas” de Seligman (2011).



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 El cáncer

El cáncer no es una enfermedad única, sino engloba a unos 200 tipos de enfermedades. En todos los cánceres, células anormales del cuerpo empiezan a dividirse de forma descontrolada (Cancer Research UK [CRU], 2017a). Puede iniciarse en cualquier parte del cuerpo humano y algunas veces forma tumores sólidos, que son masas de tejido. En los cánceres de sangre, como la leucemia, generalmente no se forman estos tumores sólidos (NCI, 2015). Las células cancerígenas pueden diseminarse por el cuerpo por dos mecanismos: invasión y metástasis. La primera consiste en la progresión de las células anormales a tejido vecino y la metástasis consiste en la propagación de estas células a otras partes del cuerpo a través de los vasos sanguíneos y linfáticos (Cruzado, 2010).

Las categorías de cáncer más comunes según células afectadas son: carcinoma, que es el tipo de cáncer más común (85%) y se inicia en las células epiteliales, es decir, las que cubren superficies externas e internas del cuerpo; sarcomas son los cánceres que se forman en el hueso y tejidos blandos, incluyendo músculos, grasa, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y tejido fibroso (como tendones y ligamentos); linfomas son los cánceres que se inician en los linfocitos (células T y B); y las leucemias son células inmaduras de la sangre generadas en la médula ósea y que luego se acumulan en el torrente sanguíneo e impiden que las células normales realicen sus funciones vitales (Cruzado, 2010; NCI, 2015).

Los cánceres más frecuentes en el Perú en personas de sexo masculino son el cáncer de próstata (24.7%), estómago (10%) y colorectal (7.3%). En el sexo femenino predominan el cáncer de mama (19.5%), cérvix (11.4%) y estómago (7.4%) (IARC, 2018).

CRU (2017b) refiere que, según la progresión de la enfermedad, el cáncer es clasificado en distintos estadios. El sistema comúnmente empleado en el Perú es la descripción a través de los números 1, 2, 3, 4 o sus equivalentes en números romanos. El estadio 1 se refiere a que el cáncer está contenido en el órgano que inició. El estadio 2 implica un tumor más grande, pero que no se ha expandido a tejido de alrededor, aunque puede que sí haya invadido ganglios linfáticos cerca al tumor. El estadio 3 significa extensión del cáncer a tejido vecino y presencia de células cancerígenas en ganglios linfáticos en el

área. Se denomina un estadio 4 cuando el cáncer hizo metástasis. Complementariamente, a veces los oncólogos emplean las letras A, B o C, para detallar el avance de la enfermedad dentro de los estadios correspondientes. Por ejemplo, se puede diagnosticar cáncer de mama en estadio 2B.

De acuerdo a la progresión de la enfermedad identificada, se puede acceder a distintas modalidades de tratamiento. Las principales son: (1) cirugía, para extirpación de tumores cancerígenos; (2) radioterapia, para destrucción de células cancerígenas y disminución del tamaño de tumores a través de altas dosis de radiación localizada; (3) y quimioterapia, para destrucción de células malignas, y como consecuencia también benignas, por medio de fármacos que ingresan a todo el organismo. Entre otros tratamientos, también se encuentran la inmunoterapia, la medicina de precisión y la terapia dirigida, la terapia hormonal y el trasplante de células madre (NCI, 2017b).

2.1.1 Causas del cáncer y contexto social en el Perú

Las mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de tener cáncer pueden ser heredadas por los progenitores. Sin embargo, también puede tratarse de errores de división por daño en el ADN debido a ciertas exposiciones en el ambiente. Según la OMS (2018a), el 30–50% de los casos de cáncer son prevenibles, mientras que para CRU (2016), 4 de cada 10 casos lo son. Para ello, se requiere evitar en lo posible los factores de riesgo ambientales. El tabaquismo es el factor de riesgo más importante, dado que causa el 22% de mortalidad por cáncer (OMS, 2018a).

Además, el IARC (2018) detectó que, en países de ingresos medianos altos como el Perú, aproximadamente el 20% de nuevos casos corresponden a cánceres de estómago, cuello uterino e hígado, que normalmente se relacionan a infecciones crónicas causadas por virus como *helicobacter pylori*, virus papiloma humano (VPH) y virus de la hepatitis (B y C) (OMS, 2018a). En países de ingresos altos las cifras de incidencia de estos tipos de cáncer se mantienen bajo el 10% (IARC, 2018).

La deficiente respuesta preventiva del Estado no solo se relaciona con la alta incidencia de determinados tipos de cáncer, sino también con otros factores económicos-estructurales como la migración y la pobreza. Dada la dificultad de los ciudadanos para acceder a servicios de salud especializados y de calidad en su ciudad o región, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ubicado en Lima, se concentran

pacientes referidos de centros de salud de todo el país. Solo en enero del 2019, se abrieron 1361 historias clínicas en el hospital, de las cuales el 51.2% pertenecían a pacientes residentes en Lima y, el resto, de ciudadanos provenientes de los otros 23 departamentos, Callao y el extranjero (INEN, 2019). Por lo tanto, los pacientes migrantes experimentan no solo una etapa de adaptación respecto a su enfermedad, sino también a las implicancias de acomodarse a una nueva realidad sociocultural. Asimismo, en los estadísticos de enero a diciembre del 2017 en el hospital, se reportan 358 662 consultas externas en este lapso de tiempo, de las cuales 296 760 fueron bajo la condición de aseguramiento del SIS (Seguro Integral de Salud) (INEN, 2017). Considerando que, en la actualidad, el SIS está destinado principalmente a los ciudadanos vulnerables, que viven bajo condiciones de pobreza y pobreza extrema, se deduce que la pobreza es otro factor estresor en la mayoría de pacientes oncológicos que acuden al INEN.

2.1.2 Efectos psicológicos del cáncer

El cáncer y sus tratamientos acarrearán efectos psicológicos negativos como el malestar (“distress”). El malestar o distrés se define como sufrimiento emocional, mental, social o espiritual, que puede ser evidenciado a partir de un rango de sentimientos que van desde tristeza y sensación de pérdida de control, hasta depresión, ansiedad, pánico y soledad. Aproximadamente un 50% de los pacientes con cáncer reportan niveles elevados de distrés (NCI, 2019).

En población de pacientes con cáncer de mama, Henselmans et al. (2010) reportan un 33% de pacientes ($N = 171$) con distrés en la etapa después del diagnóstico y durante el tratamiento activo. Burgess et al. (2005) ($N = 222$) calculan un 33% de las pacientes con ansiedad, depresión o ambas, en el primer año después del diagnóstico. De una muestra de 2205 participantes con cáncer de pulmón, quienes usualmente refieren mayor malestar físico y psicológico, Morrison et al. (2017) reportan que un 29% presenta problemas emocionales (sentirse ansioso, deprimido o irritable). Es significativamente mucho más probable que los pacientes más jóvenes, mujeres, fumadores, con cáncer más avanzado (estadios 3 y 4) y bajo tratamiento quirúrgico o de quimioterapia reporten problemas emocionales, en comparación a los otros participantes. Asimismo, a mayor nivel de problemas emocionales, menor calidad de vida (física, mental, emocional, social y espiritual). En referencia a los síntomas físicos, Morrison et al. (2017) señalan que pacientes con más problemas emocionales tienen mayor frecuencia y severidad de dolor, tos seca,

disnea y fatiga. La dirección entre ambas variables no está clara, pero podría ser bidireccional, es decir, los problemas emocionales contribuirían a la carga de síntomas, pero también la condición física y las limitaciones incrementarían el nivel de problemas emocionales en pacientes con cáncer (Morrison et al., 2017).

Pastore et al. (2017) también observaron mayor malestar emocional en pacientes urológicos bajo condición de cirugía ($N = 207$), donde los niveles de ansiedad más altos correspondían a pacientes que recibían procedimientos quirúrgicos más agresivos. En pacientes urológicos, Pastore et al. (2017) también refiere niveles más altos de ansiedad en pacientes mujeres. No obstante, las cifras de la prevalencia de ansiedad y depresión medidas con el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en este estudio eran de 9.8% y 5.7%, respectivamente, lo que contrasta con la literatura precedente. Algunas explicaciones que brindan Pastore et al. (2017) están relacionadas con el tipo de cirugía, porque a la mayor parte de pacientes no le correspondía procedimientos agresivos; y con el momento de la recolección de datos, que fue durante la hospitalización. Según los autores, esto podría disminuir el malestar psicológico, dado que los pacientes sienten que el tratamiento de cura a su enfermedad ya ha iniciado. Se cuestiona la última explicación brindada por los autores, debido a que otras investigaciones demuestran que el malestar emocional es mayor durante la etapa activa del tratamiento. Incluso se reporta que, después del tratamiento, la ansiedad, la depresión o ambas, y el estrés disminuyen a un 15% en las pacientes con cáncer de mama (Burgess et al., 2005; Henselmans et al., 2010).

A nivel de los efectos psicológicos positivos, el crecimiento post-traumático mide los cambios positivos en el paciente a partir de una vivencia crítica, como podría ser la experiencia de un paciente con cáncer. Entre un 50-90% de los pacientes oncológicos perciben experimentar cambios positivos en su vida (Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font y Borràs, 2016). En una muestra de 156 mujeres argentinas con cáncer de mama, se reportó que, tras al menos un año de la finalización de los tratamientos, un 54.5% tenía un crecimiento post-traumático de moderado a alto (Esparza, Martínez, Leibovich, Campos y Lobo, 2015).

2.2 La gratitud

La psicología positiva se enfoca en el desarrollo de las fortalezas humanas con el fin de que el individuo no solo se recupere de malestares físicos y emocionales, sino de que también pueda encontrar mayor satisfacción con la vida (Peterson, Park y Seligman,

2006). Emmons (2010) indica que la gratitud como emoción tiene dos componentes. El primero es afirmar que existen cosas buenas en el mundo, regalos y beneficios que se reciben. El segundo es reconocer que la fuente de esa bondad se encuentra fuera de uno mismo, ya sea en otras personas o en algún ser sobre nosotros, si se es espiritual. La gratitud es uno de los constructos más estudiados por la psicología positiva en los últimos años y ha sido conceptualizada tanto como una emoción, una evaluación cognitiva y una virtud.

En primer lugar, McCullough et al. (2002) define la gratitud como un rasgo afectivo, es decir, la predisposición estable a este tipo de respuesta emocional. Explorando a nivel de personalidad, se encontró correlaciones que inferían que las personas más agradecidas eran más extrovertidas, más agradables y menos neuróticas que las personas menos agradecidas. Wood et al. (2009) confirman que la gratitud está positivamente relacionada con ciertas facetas de la extroversión, apertura, agradabilidad y conciencia, y correlacionada negativamente con algunas facetas del neuroticismo. En el Perú, la medición concluye que las personas más agradecidas, demuestran más amabilidad, más conciencia y menos neuroticismo (Roa-Meggo, 2017). A pesar de que las correlaciones gratitud-personalidad son robustas, la personalidad solo explica aproximadamente el 30% de la varianza respecto a la disposición hacia la gratitud (McCullough et al., 2002). En el Perú, la amabilidad solo es predictora del 11% de la varianza de la gratitud (Roa-Meggo, 2017).

En segundo lugar, más adelante se amplía la explicación de la gratitud a través de un modelo cognitivo social (Wood, Maltby, Stewart, Linley y Joseph, 2008). Por un lado, presentan la gratitud como una emoción que puede conceptualizarse tanto como rasgo o como estado. Por otro, concluyen que la relación entre la gratitud rasgo y gratitud estado es mediada sustancialmente por la evaluación de los beneficios recibidos, que involucra la evaluación del costo, el valor del beneficio y la interpretación de haber recibido ayuda genuina. En otras palabras, las diferencias individuales (rasgo) son predictoras de la evaluación de beneficios, que a su vez predice el estado de gratitud. La evaluación del beneficio explica entre un 64% y 83%, junto con la situación objetiva (contexto), el por qué las personas agradecidas sienten más gratitud estado después de recibir ayuda. Solo una pequeña parte de la varianza que explica la gratitud estado, proviene de la gratitud rasgo (Wood, Maltby, Stewart et al., 2008).

Por lo tanto, la evaluación enfocada en los beneficios, también llamada sesgo esquemático (schematic bias), consiste en una evaluación cognitiva que tiene la función de

lograr revaluaciones positivas de la situación (Wood, Froh y Geraghty, 2010). De esta manera, ante una demanda percibida como estresante, la reevaluación positiva puede servir como un afrontamiento enfocado en la emoción, que repara las emociones positivas, lo que a su vez amplía los repertorios de pensamiento-acción y construye recursos personales y sociales para resolver problemas y disminuir sintomatología depresiva (Bryan, Young, Lucas y Quist, 2016; Cheng, Tsui y Lam, 2015).

En tercer lugar, la gratitud también es concebida como una virtud. Según la clasificación Values in Action (VIA) de Peterson et al. (2006), existen 24 fortalezas de carácter, divididas en 6 clases de virtudes. Dentro de la virtud “trascendencia”, se encuentra la gratitud como una de las 24 fortalezas. La clase trascendencia engloba las fortalezas que forjan conexión con un universo más grande que uno y proveen de significado. La gratitud se define como el ser consciente y agradecido por las cosas buenas que ocurren. Si bien esta definición se inclina a una concepción moral de la gratitud, Peterson et al. (2006) la consideran una respuesta emocional.

Tudge, Freitas, O’Brien y Mokrova (2017) también plantean la gratitud como una virtud, que se diferencia de la definición tradicional de la gratitud como una respuesta emocional, dado que consideran tres aspectos importantes la gratitud: (1) un benefactor da libre e intencionalmente un favor, (2) donde el beneficiario reconoce la intención del benefactor y tiene una respuesta emocional positiva ante esta y (3) el beneficiario trata de libre e intencionalmente ser recíproco con el benefactor, en la medida que se dé la oportunidad. La mayoría de definiciones de gratitud llegan hasta el segundo aspecto; sin embargo, Wood, Froh et al. (2010) sugieren que la gratitud involucra más que una apreciación interpersonal por la ayuda recibida. Por lo tanto, Tudge et al. (2017) reconocen que si en algún momento el beneficiario falla en retribuir el favor cuando tiene la oportunidad, entonces es considerado ingrato, indiferentemente de si tuvo una respuesta emocional positiva hacia el favor recibido. En conclusión, si bien la gratitud ha sido sobre todo estudiada como una respuesta emocional y en algunos casos como una evaluación cognitiva, también se trata de una virtud.

Sin embargo, en la mayoría de investigaciones, la gratitud no ha sido considerada en su concepción completa. Entre los instrumentos más empleados están el cuestionario de auto-reporte Gratitude Questionnaire-6 (GQ-6) de McCullough et al. (2002), que conceptualiza la gratitud como un rasgo afectivo y consiste en 6 ítems que corresponden a un solo factor y el Gratitude, Resentment and Appreciation Test (GRAT), que también la

considera un rasgo afectivo, pero compuesto por tres factores (sentido de abundancia, simple apreciación y apreciación de otros) (Watkins, Woodward, Stone y Kolts, 2003).

El problema con estas escalas es que rara vez se refieren a los benefactores, quienes son una parte esencial de la definición de gratitud como virtud. Ninguno de los ítems de estas escalas evalúa la idea de reciprocidad hacia un benefactor. Por lo tanto, aparentemente estas escalas miden en realidad un constructo más amplio que es la apreciación (Tudge et al., 2017). Para Fagley (2016), la gratitud es uno de los ocho aspectos de la apreciación. La apreciación, a diferencia de la gratitud, no involucra la reciprocidad. Por ejemplo, una persona puede apreciar un bello atardecer, pero no es acusada de ingratitud si no lo logra hacer. En cambio, sí es acusada de ingratitud si no le devuelve un favor a alguien que la benefició en una ocasión previa.

En el Perú, la Escala de Gratitud de Alarcón (2014) es congruente con esta postura, dado que contempla la gratitud dentro de 3 factores: reciprocidad, obligación moral y cualidad sentimental. En otras palabras, considera la definición de gratitud en términos de evaluación positiva del beneficio e intención de retribuir, imperativo moral y respuesta emocional.

2.2.1 Gratitud y su relación con otras variables

Las distintas investigaciones han encontrado que los beneficios de la gratitud a nivel físico son: sistema inmune más fuerte, menor dolor, menor presión arterial, mayor ejercicio y cuidado de salud y sueño más largo y reparador. A nivel psicológico son: niveles más altos de emociones positivas, mayor alerta, vivacidad, conciencia, gozo, placer, optimismo y felicidad. A nivel social son: mayor disposición a perdonar y ayudar, así como mayor generosidad, compasión, sociabilidad y menor sentimiento de soledad y aislamiento (Emmons, 2010; Emmons y McCullough, 2003; McCullough et al., 2002; Wood, Froh et al., 2010). Particularmente en el nivel psicológico, se tiene que la persona con disposición al agradecimiento se diferencia de otras por tres dominios: emociones positivas/bienestar, prosocialidad y espiritualidad/religiosidad (McCullough et al., 2002).

Respecto al dominio de bienestar, se plantea y queda por investigar si la gratitud influye en el bienestar o es un componente del bienestar. Los estudios reconocen los dos componentes del bienestar propuestos por Aristóteles, el bienestar hedonista y el bienestar eudamónico (Disabato, Goodman, Kashdan, Short y Jarden, 2016; Wood et al., 2009). El bienestar hedónico, enfocado en la experiencia de emociones positivas y el sentimiento

de satisfacción con la vida, normalmente es operacionalizado como bienestar subjetivo. La gratitud está relacionada con el bienestar subjetivo y se ha sugerido que la relación es causal, es decir, la gratitud permite magnificar las emociones positivas (Emmons y McCullough, 2003; Watkins et al., 2003; Wood, Maltby, Gillett et al., 2008). En el Perú, se encontró correlaciones entre los componentes de la gratitud y bienestar subjetivo (Alarcón y Caycho, 2015). De manera particular, el componente reciprocidad de la gratitud, logra predecir el bienestar subjetivo en jóvenes universitarios peruanos ($N = 300$) con un 8.7% de la varianza total.

El bienestar eudamónico es operacionalizado como bienestar psicológico e involucra auto-aceptación, relaciones positivas con otros, crecimiento personal, propósito en la vida, dominio sobre el ambiente y autonomía. De entre estas seis dimensiones, la gratitud contribuye tanto al propósito de vida como a las relaciones positivas con otros, la auto-aceptación y al crecimiento personal (Wood et al., 2009).

La gratitud puede ser transformadora en la gente no solo porque permite fomentar el bienestar, sino que también bloquea emociones negativas y tóxicas como la envidia, el resentimiento y, en particular, la depresión. Watkins et al. (2003), reportan fuertes correlaciones negativas entre gratitud y depresión ($N = 104$, $r = -.72$, $p < .01$), donde es la gratitud la que predice menor depresión. Además, esta relación es mediada por distintos factores. Lambert, Fincham y Stillman (2012) señalan la reformulación positiva (positive reframing) y las emociones positivas como mediadoras, es decir, la gratitud permite reformular las experiencias posiblemente negativas, en unas potencialmente positivas, así como aumenta (o previene la disminución) de las emociones positivas, lo que, a su vez, se relaciona con menores síntomas depresivos. Además, la autoestima, el bienestar, el auto-ataque, la autocrítica, el auto-apoyo (self-reassuring), la paz mental y la rumiación tienen roles mediadores entre la gratitud y la depresión. En otras palabras, al haber mayores niveles de gratitud, estas variables se ven modificadas, lo cual se relaciona con menores niveles de sintomatología depresiva (Lambert et al., 2012; Liang et al., 2018; Lin, 2015; Petrocchi y Couyoumdjian, 2016).

Wood, Maltby, Gillett et al. (2008), demuestran que, a lo largo del tiempo, la gratitud medida como rasgo lleva a tener más apoyo social, menos estrés y menos depresión, no encontrando evidencias de que la relación sea inversa. Asimismo, la gratitud lleva a mayor apoyo social y bienestar. Así como está correlacionada con los síntomas depresivos ($r = -.42$, $p < .01$), también se halló que predice la presencia de síntomas físicos ($r = -.22$, $p < .01$) (Deichert, Prairie Chicken y Hodgman, 2018). Se halló que ante la presencia

de eventos estresores, si el individuo tenía menor apreciación de los otros, entonces los eventos estresores eran asociados significativamente con mayor reporte de síntomas físicos y síntomas depresivos (Deichert et al., 2018). Estos hallazgos son relevantes, en la medida que permiten plantearse que la gratitud tiene un rol único en lo que se refiere a predecir bienestar en las personas.

Por lo tanto, en diversos estudios se han realizado intervenciones enfocadas en fomentar gratitud. La más conocida consiste en registrar motivos de gratitud a través de un diario. Los resultados demuestran que la realización diaria de esta práctica se asocia con mayor afecto positivo (Emmons y McCullough, 2003). Además, según Cheng et al. (2015), este ejercicio permitió reducir el estrés y los síntomas de depresión en personal de salud de cinco hospitales públicos en China. De la misma manera, logró reducir la ansiedad hacia la muerte de manera significativa en estudiantes chinos (Lau y Cheng, 2012). La explicación podría ser que, al promover la sensación de una vida bien vivida y con propósito, se reducen los sentimientos de arrepentimiento, lo que a su vez reduce la ansiedad a la muerte. No obstante, el estudio mencionado es contradictorio con sus precedentes porque, en la muestra empleada, no se encontró efectos del ejercicio en el aumento de emociones positivas y disminución de emociones negativas. Probablemente porque a diferencia de Emmons y McCullough (2003), no realizaron un reporte diario de los motivos para agradecer, sino que el ejercicio fue realizado por única vez (Lau y Cheng, 2012).

2.3 Depresión en el cáncer

En población oncológica, la presencia de sintomatología depresiva es más alta que en la población general. En Lima Metropolitana y Callao, se reporta una prevalencia de vida de episodios depresivos del 17.3%, siendo el desorden mental más frecuente (INSM, 2013). En relación a la prevalencia actual, un 2.8% del total y un 3.9% de las mujeres en la población general experimentaba un episodio depresivo en la actualidad, lo que contrasta con el único estudio realizado en población oncológica peruana, que reporta un 21.29% de presencia de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama (Berrospi-Reyna et al., 2017; INSM, 2013). Los resultados de este estudio peruano corresponden a las investigaciones internacionales, donde se encontró que un 28% de las mujeres mexicanas con cáncer de mama reportaban depresión (Ornelas-Mejorada, Tufiño-

Tufiño y Sánchez-Sosa, 2011). En personas con otros diagnósticos oncológicos, se encontró una prevalencia de 24% de síntomas depresivos en pacientes alemanes (Hartung et al., 2017).

Según estadio, pacientes con cáncer avanzado (metastático o de estadio cuatro) reportan los niveles más altos de prevalencia de sintomatología depresiva. Según ubicación del tumor, la prevalencia más alta puede ocurrir en pacientes con diagnóstico de cáncer a la tiroides, cerebro, páncreas, pulmón, esófago y cérvix. Se brinda distintas explicaciones posibles para la alta incidencia en estos tipos de cáncer. Respecto al cáncer de tiroides, la sintomatología podría asociarse a la expresión de los efectos de la terapia empleada (supresora de ciertas hormonas). En el caso del cáncer al cerebro, pulmón, esófago y páncreas, puede explicarse debido al pronóstico reservado, así como sus efectos en la calidad de vida. En referencia al cáncer de cérvix, una posible explicación está relacionada a los efectos del tratamiento, como infertilidad y problemas de índole hormonal y sexual (Hartung et al., 2017; Hong y Tian, 2014).

Además, ciertos síntomas físicos, como el dolor y la fatiga propia de la enfermedad y tratamiento, son predictores de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos (Hong y Tiang, 2014; Vahdaninia, Omidvari y Montazeri, 2010). Por ejemplo, la probabilidad de tener depresión es cuatro veces más alta en pacientes con dolor, dado que un 70% de los que reportan depresión presentan dolor (Alemayehu, Deyessa, Medihin y Fekadu, 2018).

2.3.1 Depresión y el tiempo desde el diagnóstico

A medida que pasa el tiempo desde que el paciente se entera de su diagnóstico, la prevalencia de depresión puede ir disminuyendo. Si bien no se encuentran muchos estudios al respecto, Burgess et al. (2005) realizaron un seguimiento de pacientes con cáncer de mama a lo largo de 60 meses, observando a través de una breve entrevista que la prevalencia anual de ansiedad, depresión o ambas era del 48% en el primer año, 25% durante el segundo, 23% en el tercero, 22% en el cuarto y 15% en el quinto año. En otro seguimiento a mujeres con cáncer de mama, se encontró que la depresión pre-diagnóstica estaba presente en el 30%, luego de 3 meses en tratamiento, en el 34% y en un seguimiento tras un año de completado su tratamiento, 22% (Vahdaninia et al., 2010).

En un meta-análisis se encontró que la depresión medida en un entrevista diagnóstica fue de 14% en su etapa aguda, 9% durante el primer año después del tratamiento

y 8% después de un año o más en la etapa post-tratamiento. No obstante, medida con un instrumento de auto-reporte, las prevalencias fueron de 27%, 21% y 15%, respectivamente (Krebber et al., 2014).

Robles, Morales, Jiménez y Morales (2009) presentan datos contradictorios con estos estudios, dado que identificaron que un mayor tiempo de evolución de enfermedad era predictor de la aparición de sintomatología depresiva clínicamente relevante.

2.3.2 Depresión y gratitud

Así como se observó en la población general, la gratitud como predictora de la sintomatología depresiva prevalece en pacientes con enfermedades crónicas (Sirois y Wood, 2017). En población con dolor crónico, se ha observado que se presentan problemas de insomnio (76.1%), sin embargo, los pacientes que reportan mayores niveles de gratitud, refieren mejor sueño y menores síntomas depresivos (Ng y Wong, 2012).

Peterson et al. (2006) encontraron en una muestra de 2087 adultos jóvenes, donde el 3.3% había tenido cáncer, que las personas recuperadas tenían ciertas variables positivas, entre las que se incluye la gratitud, a niveles más altos que los demás. De la misma manera, los individuos recuperados de algún trastorno psicológico (27.9% con depresión) presentan niveles más altos de fortalezas como apreciación de la belleza, creatividad, curiosidad y gratitud. De manera similar, Ruini y Vescovelli (2013) hallaron que altos niveles de gratitud en pacientes con cáncer de mama estaban relacionados positivamente con el crecimiento post-traumático, bienestar psicológico, relajación y contentamiento, y negativamente relacionados con depresión y ansiedad.

En intervenciones para inducir gratitud en poblaciones con cáncer se ha hallado que, en mujeres con cáncer de cérvix, tras una intervención de 4 semanas, hubo efectos en el afecto positivo, la rumiación y la reevaluación cognitiva. Los efectos de la intervención en el afecto positivo estaban mediados por cambios en la rumiación y los afectos negativos, por cambios en la reevaluación (Shao, Gao y Cao, 2016). Cuando se trata de cáncer avanzado, también se ha observado que pacientes adultos jóvenes incrementaron su gratitud, mejoraron su observación “mindful”, crecieron personalmente y disminuyeron emociones y afectos negativos (Adelstein, 2016).

En población sobreviviente de cáncer de cabeza y cuello, a pesar de no haber cambios significativos en las medias de gratitud total antes y después de un tratamiento de ocho semanas, se encuentra una relación significativamente negativa entre los niveles

de gratitud y depresión después del tratamiento (Hoffman, 2015). En otra intervención con sobrevivientes de cáncer de mama, se halló que, tras una práctica en gratitud de 6 semanas, disminuye el miedo a la recurrencia, manteniéndose bajo hasta en seguimientos de 1 y 3 meses luego de aplicada la intervención (Otto, Szczeny, Soriano, Laurenceau y Siegel, 2016). Por lo tanto, la gratitud en pacientes con cáncer se relaciona con la disminución de afectos negativos no solo en pacientes con cáncer en tratamiento, sino también en estadio avanzado y en sobrevivientes.

2.3.3 Depresión, gratitud y tiempo desde el diagnóstico

Si bien se ha encontrado que los sobrevivientes de cáncer manifiestan más variables positivas, entre ellas gratitud, que la población general (Peterson et al., 2006); no existen estudios previos que relacionen el concepto gratitud con el tiempo desde el diagnóstico en población oncológica. Sin embargo, Ruini y Vescovelli (2013) plantean que la gratitud como rasgo afectivo puede representar un ingrediente común de la resiliencia y el crecimiento post-traumático. La gratitud permite ser más resistente al estrés y protegerse del estrés post-traumático y ansiedad duradera.

El crecimiento post-traumático es definido como cambios cognitivos y conductuales positivos que surgen a partir de una adversidad o trauma. Los cambios pueden ser observados en distintas áreas: auto-concepto, apreciación de nuevas posibilidades en la vida, relaciones sociales, filosofías de vida y espiritualidad (Ochoa et al., 2016). Zhou y Wu (2016) postulan que la gratitud está positivamente relacionada y predice establemente el crecimiento post-traumático, por lo tanto, asumen que la gratitud forma parte del crecimiento post-traumático y, si bien en un inicio uno se enfoca en las vivencias negativas de una experiencia traumática, con el tiempo uno puede reenfocarse en las emociones positivas como gratitud e impulsar el crecimiento post-traumático. A falta de investigaciones previas que relacionen directamente el tiempo desde el diagnóstico y la gratitud, para motivos de ese apartado se considerará el crecimiento post-traumático en lugar de la gratitud, con el fin de traer mayores luces sobre cuál es la posible relación la gratitud, tiempo desde el diagnóstico y depresión.

A medida que transcurre el tiempo desde el diagnóstico, algunos autores encuentran mayores niveles de crecimiento post-traumático (Ochoa et al., 2016). Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski (2001) determinaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r = .24, p < .05$) dentro de una muestra

de mujeres con cáncer de mama estadounidenses. No obstante, al realizar un modelo de regresión múltiple de manera simultánea con otras variables y teniendo al crecimiento post-traumático como variable dependiente, el tiempo desde el diagnóstico no fue un predictor estadísticamente significativo. Otros autores como Esparza et al. (2015) hallan en un estudio longitudinal que no hubo diferencias significativas ($p = .153$) en crecimiento post-traumático a lo largo de tres visitas anuales realizadas a mujeres argentinas con cáncer de mama y que ya habían culminado su tratamiento.

Además, el crecimiento post-traumático no solo se encuentra relacionado con el tiempo desde el diagnóstico, sino que también con la salud mental negativa (trastorno de estrés post-traumático, depresión y ansiedad). El tiempo desde el diagnóstico es un moderador significativo de la salud mental positiva y negativa. A corto plazo, existe una relación más fuerte entre crecimiento post-traumático y salud mental negativa, pero con el tiempo se incrementa la relación entre el crecimiento post-traumático y la salud mental positiva. Estos resultados provenientes de un meta-análisis sugieren que, a corto plazo, el crecimiento post-traumático influye en la reducción de síntomas negativos, pero a largo plazo, el crecimiento post-traumático es más útil en incrementar el bienestar (Sawyer, Ayers y Field, 2010).

CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1 Objetivos

Explorar si el tiempo desde el diagnóstico y los niveles de gratitud son predictores de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos que reciben tratamiento.

3.2 Hipótesis

El tiempo desde el diagnóstico y los niveles de gratitud predicen simultáneamente la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos que reciben tratamiento.

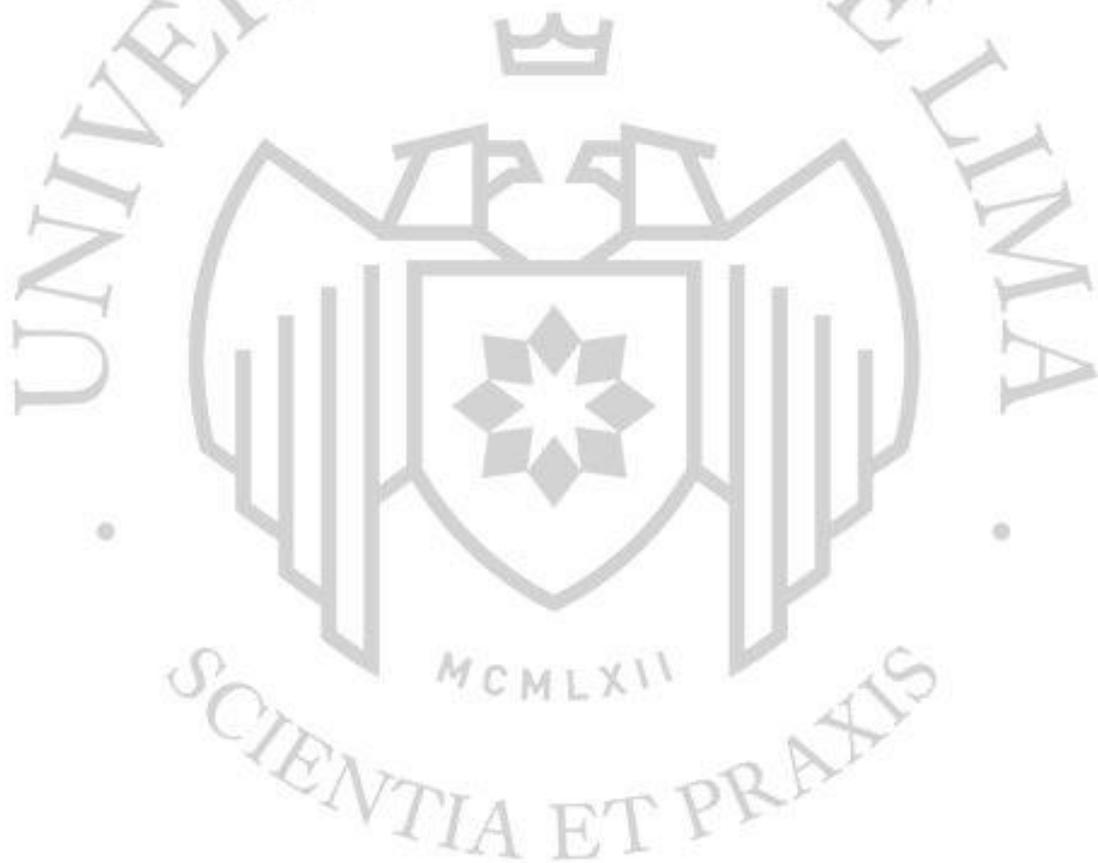
3.3 Definición de variables

Para fines de este estudio, la sintomatología depresiva se definió conceptualmente como la presencia de signos y síntomas correspondientes al trastorno afectivo de un episodio de depresión mayor. Según los criterios del DSM-5, se considera que existe presencia de sintomatología depresiva cuando se experimentan los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido (1), pérdida de interés o placer (2), modificación de más del 5% del peso corporal en un mes (3), insomnia o hiperinsomnia (4), agitación o retraso psicomotor (5), fatiga (6), extremo sentimiento de inutilidad o culpabilidad (7), dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones (8) y pensamientos recurrentes relacionados a la muerte (9) (APA, 2013). De manera operacional, la variable sintomatología depresiva es medida a través de las puntuaciones en el instrumento CES-D (“Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos”) en un grupo de pacientes oncológicos (Radloff, 1977). La adaptación peruana de la prueba, que fue realizada por Riveros (2004) y Escurra y Delgado (2012), valora la sintomatología depresiva en un rango de 0 a 60 puntos; donde un mayor puntaje significa un grado mayor de sintomatología depresiva.

A partir de la reflexión teórica se conceptualizó la gratitud según la propuesta de Alarcón (2014), quien captura la complejidad de la gratitud en la puntuación de tres factores: el primero es el componente mnemónico, que implica registrar la experiencia vivida y las emociones relacionadas a ella, de manera que se responde con un sentimiento de agradecimiento en reciprocidad a la evocación de los bienes recibidos por un benefactor. El segundo es el componente moral, que consiste en la percepción de la gratitud como

un mandato moral que, de no cumplirse, puede ser castigado socialmente. El tercer componente es el afectivo-positivo, que involucra un sentimiento de agrado hacia otra persona, diferenciándose de un contrato o deuda, donde no se genera la experiencia afectiva que implica la gratitud. Operacionalmente se refiere a los valores de gratitud registrados por un grupo de pacientes oncológico en la Escala de Gratitud. El instrumento mencionado fue creado por Alarcón (2014) y sus puntajes posibles se encuentran en un rango de 0 a los 90 puntos; donde una calificación más alta implica un mayor nivel de gratitud.

El tiempo desde el diagnóstico fue conceptualmente definido como el tiempo transcurrido desde que el paciente es informado de la presencia de una neoplasia maligna en su cuerpo. De manera operacional, se considera el auto-reporte del número de meses desde que el participante tiene conocimiento de su diagnóstico oncológico.



CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

El alcance de la presente investigación fue correlacional, dado que se tiene como objetivo hallar la asociación entre las variables gratitud, tiempo desde el diagnóstico y sintomatología depresiva en pacientes oncológicos, teniendo como primer paso la cuantificación de las variables mencionadas. De manera específica, se intentó predecir el comportamiento de la sintomatología depresiva a partir del valor de las variables de gratitud y tiempo desde el diagnóstico en los pacientes oncológicos (Howitt y Cramer, 2011).

El diseño que correspondió a los objetivos fue no-experimental transversal. A diferencia de los diseños experimentales, los diseños no-experimentales no manipulan las variables deliberadamente construyendo una realidad controlada, sino que observan las situaciones que ya existen. En el caso de este estudio, se midieron los niveles de gratitud, sintomatología depresiva y se registró el tiempo desde el diagnóstico oncológico en pacientes con cáncer. Además, que el diseño sea transversal implica la recolección de datos en un momento único en el tiempo (Howitt y Cramer, 2011).

4.2 Participantes

Los participantes de la investigación fueron pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en Lima, Perú. Se recolectaron y describieron datos sociodemográficos de los participantes como sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nivel educativo, religión, ocupación actual, diagnóstico oncológico, fecha del diagnóstico oncológico, tratamiento/s recibido/s a lo largo del tiempo, presencia de un diagnóstico psicológico y/o psiquiátrico, y presencia de algún otro diagnóstico médico.

Como criterios de inclusión se requirió que el participante fuera mayor de 18 años y contara con un diagnóstico oncológico. El requisito de edad estuvo relacionado a la posibilidad de firma de consentimiento informado. Asimismo, se consideró un criterio de exclusión el desconocimiento del paciente acerca de la existencia de su propio diagnóstico oncológico. Se infiere que, si el posible participante no tiene conocimiento de ser paciente con cáncer, entonces no se activan las respuestas emocionales y mecanismos de

afrontamiento que sí se harían presentes en el caso de un paciente que sí tiene conocimiento de su enfermedad.

La selección de la muestra fue no probabilística, es decir, no se pudo estimar la probabilidad de cada individuo de ser elegido para participar en la muestra y, por lo tanto, no es posible reconocer el error de muestreo. De manera específica, fue un muestreo por conveniencia, dado que se emplearon los casos de pacientes en el INEN que se encontraban disponibles y deseaban participar de la investigación de forma voluntaria (Alarcón, 2013).

En relación al tamaño de la muestra, se calculó a través del programa G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner y Lang, 2009). En vista de que en investigaciones previas se encontraron correlaciones moderadas entre el nivel de gratitud y sintomatología depresiva ($r = -.42, p < .01$ reportada por Deichert et al. (2018) y $r = -.72, p < .01$ por Watkins et al., (2003)), para el modelo de regresión múltiple se consideró un tamaño del efecto medio ($f^2 = .15$). Teniendo en cuenta la recomendación de Cohen (1992), de usar un mínimo de .80 de potencia en las ciencias sociales, se empleó una potencia de .95. Además, se consideró un alfa (α) estándar de .05 y la presencia de 4 predictores. A partir de estos datos, el programa G*Power arrojó un tamaño de la muestra de un mínimo de 129 participantes.

Finalmente, la muestra consistió en 133 participantes y, a continuación, se describe su distribución según las variables sociodemográficas relevantes. La muestra estuvo conformada por pacientes entre 18 y 85 años ($M = 42.22; DE = 17.68$), de los cuales 82 fueron mujeres (61.7%) y 51 fueron hombres (38.3%). En relación al estado civil, casi la mitad de la muestra era soltera (40.6%), el 25.6% casada y 22.6% conviviente. Respecto al nivel educativo, un poco más de la mitad de la muestra tenía, como máximo, estudios secundarios completados (60.2%) y, el restante, sí continuó estudios superiores. Los datos referentes al estado civil y el nivel educativo se describen en la figura 1 y tabla 1, respectivamente.

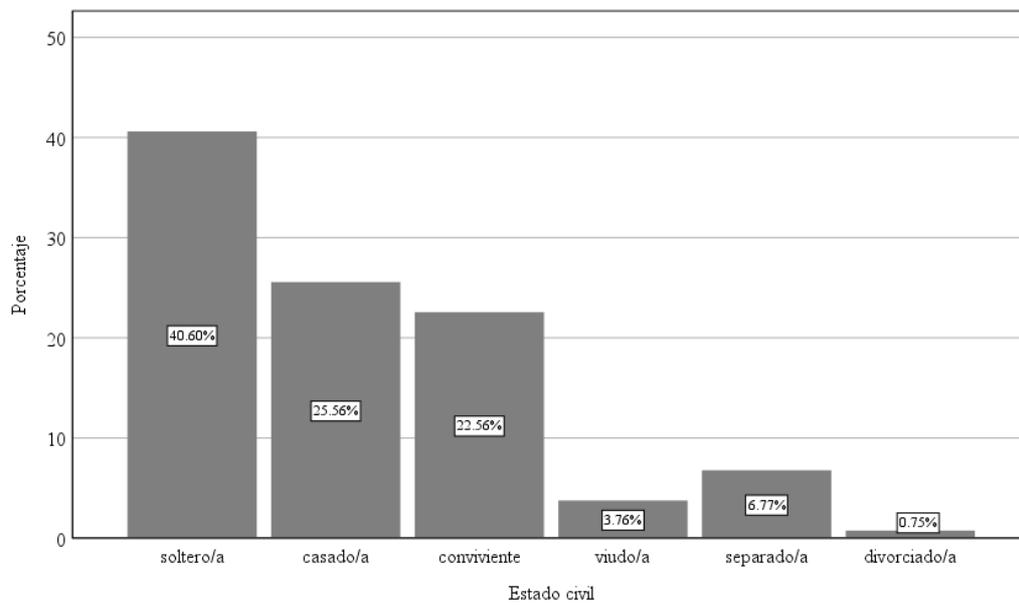


Figura 1. Distribución de porcentajes según estado civil

Tabla 1

Distribución de frecuencias y porcentajes según nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	11	7.5	8.3
Primaria completa	10	7.5	15.8
Secundaria incompleta	20	15.0	30.8
Secundaria completa	39	29.3	60.2
Técnica incompleta	10	7.5	67.7
Técnica completa	12	9.0	76.7
Universitaria incompleta	21	15.8	92.5
Universitaria completa	10	7.5	100.0
Total	133	100.0	

En cuanto al lugar de residencia actual, 46.6% vivía en Lima Metropolitana, 8.3% en Lima Provincia, 1.5% en Callao y el 43.6% restante en distintos departamentos del país (Ancash, La Libertad, Lambayeque, Piura, Tumbes, Ica, Arequipa, Cajamarca, Huánuco, Junín, Ayacucho, Cusco, Amazonas, San Martín, Loreto y Ucayali).

En relación a las características de la enfermedad, la distribución de la muestra según estadio de la enfermedad se presenta en la figura 2 y la distribución según diagnóstico oncológico figura en la tabla 2. De acuerdo al estadio de la enfermedad, lo más común era que el estadio fuera no especificado (39.1%) o que estuviera en estadio 3 (21.1%). Además, los tipos de cáncer predominantes fueron cáncer de mama (18%) y las leucemias (18.2%).

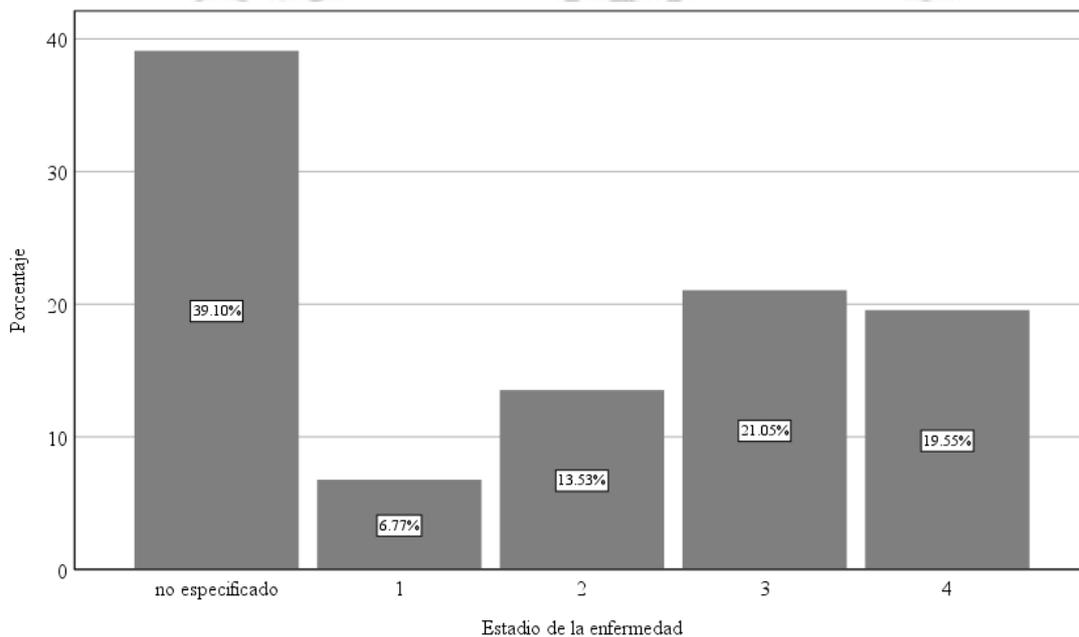


Figura 2. Distribución de porcentajes según estadio de la enfermedad

Tabla 2

Diagnósticos oncológicos de los pacientes

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Leucemias	24	18.2
Linfomas	11	8.4
NM cerebro	5	3.9
NM cérvix	11	8.3
NM mama	24	18.0
NM útero	5	3.8
Osteosarcoma	5	3.8
Otros sarcomas	7	5.4
Tumor de células germinales	5	3.8
Otros cánceres	36	26.6
Total	133	100.0

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se recolectaron los datos a través de una ficha sociodemográfica (véase Apéndice 1), así como la aplicación de dos instrumentos psicométricos. El primero es la Escala de Gratitud de Alarcón (2014), la cual mide el nivel de gratitud (véase Apéndice 2). El segundo es la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Escorra y Delgado, 2012; Riveros, 2004), instrumento que mide la sintomatología depresiva (véase Apéndice 3). A continuación, se describen las características de ambos instrumentos psicométricos.

4.3.1 Escala de Gratitud de Alarcón (2014)

La Escala de Gratitud (Alarcón, 2014) es un cuestionario creado en base a una muestra de 675 peruanos entre 18 y 60 años. Está conformado por 18 ítems que miden la actitud favorable o desfavorable de una persona hacia determinadas afirmaciones relacionadas

con la gratitud. Las alternativas de respuesta son cinco y están ordenadas en escala de tipo Likert: *totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo*. La elección de un extremo positivo equivale a 5 puntos y, en un extremo negativo, se califica con 1 punto. Los puntajes más altos significan un mayor nivel de gratitud. Los ítems 5, 6 y 11 son calificados de manera inversa (Alarcón, 2014).

El cuestionario está estructurado en tres factores, los cuales intentan captar la complejidad de la gratitud como concepto. El primer factor es la Reciprocidad, que involucra el estado emocional satisfactorio tras haber agradecido o haber correspondido a la persona benefactora. Implica la característica mnemónica de la gratitud, es decir, guardar memoria de los actos de generosidad que se han recibido, para poder retribuirlos. La Reciprocidad es medida a través de los ítems 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 y 17. El segundo factor es la Obligación Moral, es decir, observar la gratitud como un deber ético que, de no cumplirse, la moral es valorada negativamente. La Obligación Moral se refleja en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 18. El tercer factor considera la Calidad Sentimental, que es la experiencia afectiva positiva mantenida aun después de haber respondido con agradecimiento. Los ítems 6 y 11 son los encargados de medir este factor (Alarcón, 2014).

Respecto a las evidencias de confiabilidad de los puntajes derivados de la aplicación de este instrumento, las correlaciones ítem-escala tiene una media $r = 57.27$. La escala total presenta una alta consistencia interna de $\alpha = .90$; y para ítems tipificados, $\alpha = .912$. La alta confiabilidad es confirmada con los coeficientes de mitades Spearman-Brown (longitudes iguales) = .87 y Guttman = .87. Por lo tanto, se sustenta que los reactivos miden un solo constructo y lo realizan con alta probabilidad (Alarcón, 2014).

Las evidencias de validez vinculadas a la estructura interna de las puntuaciones de la escala fueron determinadas a través del análisis por componentes principales, que extrajo tres componentes, los que acumulados explican el 55.2% de la varianza total. Cuando los componentes fueron rotados por el método Ortogonal (Varimax), se observó que las cargas factoriales varían entre .40 y .78 (véase Apéndice 4), siendo la carga mínima aceptable .30. Por tal motivo se concluye el instrumento cuenta con evidencias vinculadas a la validez de estructura interna (Alarcón, 2014).

En vista de que esta prueba es relativamente nueva y no ha sido aplicada en contadas investigaciones en población general, se propone un análisis de las evidencias de validez y confiabilidad de los puntajes hallados en la muestra de este estudio (véase Apéndice 5).

4.3.2 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

La CES-D es una escala de auto-reporte que consta de 20 ítems y fue diseñada para población general en Estados Unidos con el fin de medir los síntomas depresivos, enfatizando el componente afectivo (Radloff, 1977). Este instrumento está destinado como herramienta para detección de grupos de riesgo y para estudio de relaciones entre los síntomas depresivos y otras variables, mas no para fines de diagnóstico clínico. Los siguientes componentes de la sintomatología depresiva fueron identificados a partir del análisis factorial de tres muestras: afecto depresivo, afecto positivo, actividad somática y relaciones interpersonales (Radloff, 1977).

La escala de calificación de la prueba es de tipo Likert. Por lo tanto, según lo que mejor describe su condición en la última semana, los participantes responden a los ítems marcando con una "X" en una de las cuatro opciones: 0 = *menos de un día*; 1 = *uno o dos días*; 2 = *tres o cuatro días*, y 3 = *cinco o siete días*. La posibilidad de puntajes es de 0 a 60, donde un mayor puntaje indica mayores síntomas de depresión (Escrura y Delgado, 2012).

En el Perú, la prueba fue adaptada y sus propiedades psicométricas fueron extraídas por Riveros (2004) bajo la Teoría Clásica de los Tests (Muñiz, 2010) en el contexto de estudiantes universitarios ingresantes entre 17 y 25 años, de nivel socioeconómico bajo y medio, provenientes de Lima y de provincia. En los puntajes de una muestra de 382 estudiantes, se presenta una confiabilidad de .92 según el coeficiente Alfa de Cronbach. A nivel de evidencias de validez, se empleó un análisis factorial confirmatorio de acuerdo a los 4 factores de la versión estadounidense de la prueba. No obstante, estos hallazgos no fueron corroborados y se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio. Los resultados de este indican la presencia de 3 factores que explican el 71.8% de la varianza total. El primer factor, Factor Depresivo, explica el 41.8% de la varianza total y está conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 12, 14, 16, 17 y 18. El segundo factor, Pérdida de Interés, explica el 20% de la varianza total y está conformado por los ítems 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 19 y 20. Finalmente, el tercer factor, Actividad Disminuida, explica el 10% de la varianza total y está constituido por los ítems 7 y 11 (véase cargas factoriales en Apéndice 6). Los coeficientes de Alfa de Cronbach de cada factor son .88, .85 y .70, respectivamente. Asimismo, se recolectaron evidencias de validez relacionadas con la capacidad de predicción de los puntajes del instrumento y se halló que la prueba distingue

de modo significativo entre un grupo de pacientes depresivos y el grupo de alumnos universitarios ($Z = 13.65, p < .01$) (Riveros, 2004).

Además, Ecurra y Delgado (2012) realizaron un análisis psicométrico de la prueba en una población de 2400 estudiantes de universidad privadas y públicas de Lima. El análisis de confiabilidad por consistencia interna presentó un coeficiente de Alfa de Cronbach de .95 y un intervalo de confianza entre .91 y .98. De acuerdo a la Teoría Clásica de los Test (Muñiz, 2010), el instrumento tiene una alta confiabilidad. Además, se realizó un análisis de acuerdo al Modelo de Crédito Parcial (Masters, 1982). El modelo calcula la probabilidad de dar una respuesta de cada nivel de cuantificación (como es en una escala tipo Likert). Bajo este modelo se obtuvo evidencias de la confiabilidad, concluyéndose que los puntajes de la escala CES-D tienen una elevada confiabilidad de según el índice de separación de personas (0.94).

Respecto a las evidencias de validez, se observó en el análisis de componentes principales de los residuos que el primer autovalor tiene menos del 4% de la varianza, siendo el valor 2.3. Considerando que se cumple la unidimensionalidad del modelo mientras el primer autovalor contenga menos del 5% de la varianza o su valor sea menor a 3.0, entonces se concluye que los puntajes corresponden a un modelo Rasch unidimensional, es decir, el instrumento mide un solo constructo (Ecurra y Delgado, 2012).

4.4 Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento se inició solicitando permiso del Comité de Investigación y del Comité de Ética del INEN (véase Apéndice 7). Para ello, se facilitó al comité documentos como carta de presentación por parte de la universidad de la investigadora, carta de presentación del investigador, presentación del proyecto, declaración de conflicto de intereses, compromiso de cumplir con la ética y modelo de consentimiento informado a utilizar con los participantes. A cambio de la autorización, se ofrecen los resultados y conclusiones sobre la relación entre los niveles de gratitud y tiempo desde el diagnóstico como predictores de los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes oncológicos evaluados. Asimismo, con el fin de emplear los instrumentos Escala de Gratitud de Alarcón (2014) y CES-D (Ecurra y Delgado, 2012) en la investigación, se solicitó autorización a los respectivos autores (véase Apéndice 8 y Apéndice 9).

Después de la aprobación de los permisos correspondientes, se procedió al abordaje de pacientes en las áreas de hospitalización y de quimioterapia ambulatoria. Previamente, se explicaba al participante el tema de la investigación y se preguntó si tenía interés en formar parte de ella. En caso de una respuesta afirmativa, se entregaba dos consentimientos informados a cada participante (uno para propósitos de la investigación y otra copia para el participante) (véase Apéndice 10). Después de la firma del consentimiento informado, el participante completaba sus datos sociodemográficos y se le indicaba responder los instrumentos que miden los niveles de gratitud y de sintomatología depresiva. En caso de que el paciente no pudiera completar la ficha sociodemográfica y las escalas de forma escrita por su propia cuenta, se le realizaron las preguntas verbalmente. Se calcula que la participación de un paciente en la investigación involucraba un aproximado entre 15 y 30 minutos de su tiempo. Posteriormente al abordaje del paciente, se empleaba el software institucional (SISINEN) con el fin de completar la información sociodemográfica que el paciente no reportaba por olvido o desconocimiento.

Con el fin de controlar el efecto del error debido al orden en que se presentan los instrumentos, se empleó la técnica de contrabalanceo entre sujetos (Arnau, Anguera y Gomez, 1990). Para ello, la mitad de la muestra recibió un protocolo en que la Escala Gratitud (Alarcón, 2014) precede a la CES-D (Escrura y Delgado, 2012) y, la otra mitad, recibió las escalas en orden inverso.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos e inferenciales de la aplicación de la ficha sociodemográfica, la Escala de Gratitud de Alarcón (2014) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Escurra y Delgado, 2012).

5.1 Estadísticos descriptivos

En primer lugar, se presenta la descripción de los valores de la gratitud en sus dimensiones de Reciprocidad, Obligación Moral y Calidad Sentimental (Alarcón, 2014); los valores de la sintomatología depresiva en sus Factores Depresivo, Pérdida de Interés y Actividad Disminuida (Riveros, 2004); y de los valores de auto-reporte del tiempo desde el diagnóstico en meses. Con ese fin, se delimitó la media de las puntuaciones (M), la desviación estándar (DE), el rango de las puntuaciones, la asimetría y la curtosis.

Se observa en la tabla 3 que los participantes reportaron un tiempo desde el diagnóstico que va de un rango de 0 a 84 meses, siendo 9.66 el promedio. Respecto a los factores de gratitud, se observa que el mayor promedio fue alcanzado por Reciprocidad ($M = 38.89$; $DE = 3.89$), a continuación el puntaje de Obligación Moral ($M = 30.28$; $DE = 3.08$) y el menor promedio corresponde a Calidad Sentimental ($M = 7.22$; $DE = 2.27$). Además, el promedio del total de la escala es 76.38, lo que es ligeramente superior a la media reportada por Alarcón (2014) en la población general ($M = 75.68$).

Respecto a los factores de sintomatología depresiva, se observa que el mayor promedio fue alcanzado por Factor Depresivo ($M = 7.45$; $DE = 6.26$), luego le sigue el puntaje de Pérdida de Interés ($M = 6.36$; $DE = 5.10$) y el promedio más bajo corresponde a Actividad Disminuida ($M = 2.58$; $DE = 1.85$). Sin embargo, el total de los factores corresponde a un promedio de 16.39, lo que supera al punto de corte (≥ 16) considerado por Krebber et al. (2014) para detectar depresión con la CES-D.

Tabla 3

Resultados descriptivos de los factores y total de EGA, los factores y total de CES-D y la variable tiempo desde el diagnóstico en meses

Variable	M	DE	Rango		Asimetría	Curtosis
			Potencial	Actual		
Tiempo desde el diagnóstico en meses	9.66	12.08	–	0 – 84	3.16	13.23
Reciprocidad	38.89	3.89	9 – 45	24 – 45	-0.54	0.82
Obligación Moral	30.28	3.08	7 – 35	20 – 35	-0.37	-0.03
Cualidad Sentimental	7.22	2.27	2 – 10	2 – 10	-0.70	-0.28
Total Gratitud	76.38	6.92	18 – 90	50 – 90	-0.46	-0.76
Factor Depresivo	7.45	6.26	0 – 27	0 – 26	0.93	0.21
Pérdida de Interés	6.36	5.10	0 – 27	0 – 23	0.88	0.30
Actividad Disminuida	2.58	1.85	0 – 6	0 – 6	0.24	-0.97
Total Depresión	16.39	11.93	0 – 60	1 – 55	0.87	0.15

N = 133

En segundo lugar, se realizó un análisis de correlación como paso preliminar a los modelos de regresión múltiple. Para ello, se empleó el estadístico de Pearson, que se puede elegir siempre y cuando las variables sean de intervalo o de razón, como se cumple en este caso (Field, 2013). En vez de corroborar el supuesto de distribución normal de las variables implicadas, se realiza un análisis de simulación de muestreo (“bootstrap”) (Efron, 1979). En congruencia con la recomendación de Efron y Tibshirani (1993), el bootstrap se calcula en base a 1000 réplicas y se reportan los rangos de resultados con

intervalo de confianza al 95%. De este modo, se hallan relaciones inversas estadísticamente significativas entre algunos factores de gratitud y los factores de sintomatología depresiva. En la tabla 4 se observa que el puntaje de Reciprocidad se correlaciona negativamente con el factor Pérdida de Interés ($r = -.21, p < .05; IC\ 95\% = -.39 - -.03$) y Calidad Sentimental se encuentra correlacionada de forma negativa y estadísticamente significativa con el Factor Depresivo ($r = -.23, p < .01; IC\ 95\% = -.40 - -.07$), la Pérdida de Interés ($r = -.22, p < .05; IC\ 95\% = -.39 - -.06$) y la Actividad Disminuida ($r = -.21, p < .05; IC\ 95\% = -.37 - -.05$). El tamaño del efecto de estas correlaciones logra superar ligeramente el mínimo recomendado para que haya un efecto significativo en la práctica (Ferguson, 2009). No se presentan correlaciones significativas entre el tiempo desde el diagnóstico y los factores de la sintomatología depresiva. Tampoco se hallan correlaciones entre Obligación Moral y los factores de la sintomatología depresiva.

Finalmente, en la tabla 4 también se observan relaciones directas estadísticamente significativas moderadas y fuertes entre los factores de sintomatología depresiva (Ferguson, 2009). Sin embargo, entre los factores de gratitud, solo se observa relaciones directas estadísticamente significativas mínimas entre Obligación Moral y Calidad Sentimental y moderadas entre Obligación Moral y Reciprocidad (Ferguson, 2009). A pesar de pertenecer a un mismo constructo, Calidad Sentimental y Reciprocidad no se correlacionan de forma estadísticamente significativa.

Correlaciones entre la variable tiempo desde el diagnóstico, los factores de gratitud y los factores de sintomatología depresiva

Variable	Pérdida de Interés	Actividad Disminuida	Tiempo desde el diagnóstico en meses	Reciprocidad	Obligación Moral	Cualidad Sentimental
Factor Depresivo	.82**	.53**	.01	-.15	-.14	-.23**
Pérdida de Interés		.49**	-.02	-.21*	-.15	-.22*
Actividad Disminuida			.01	-.07	-.15	-.21*
Tiempo desde el diagnóstico				-.03	.01	-.04
Reciprocidad					.57**	.05
Obligación moral						.27**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

5.2 Estadísticos inferenciales: modelos de regresión

Con el fin de comprobar la hipótesis de la presente investigación, se realizan tres modelos de regresión lineal múltiple. Las variables independientes son el tiempo desde el diagnóstico y los factores de la Escala de Gratitud de Alarcón (2014): Reciprocidad, Obligación Moral y Cualidad Sentimental. Las variables dependientes son los factores de la CES-D (Escrura y Delgado, 2012), es decir, Factor Depresivo, Pérdida de Interés y Actividad Disminuida. En los tres modelos de regresión lineal múltiple realizados, las variables independientes fueron las mismas, mientras que varió la variable dependiente (en cada modelo se usó un factor diferente de la CES-D como variable dependiente).

Inicialmente, se realizó un diagnóstico de multicolinealidad que permita determinar si se pueden generalizar los modelos. Los valores de tolerancia superan .1 (Field,

2013). El valor más alto del factor de inflación de la varianza (VIF) no es mayor a 10 y el promedio de VIF está cercano al número 1 (véase Apéndice 11) (Bowerman y O'Connell, 1990). Por lo tanto, se descarta la posibilidad de multicolinealidad. Además, se revisaron los supuestos de independencia de errores y homocedasticidad, y no se puede descartar el cumplimiento de los supuestos (véase Apéndice 12, Apéndice 13 y Apéndice 14).

A continuación, se describen los resultados de los modelos de regresión lineal múltiples efectuados. En cada modelo se detallan los intervalos de confianza hallados a través del bootstrap en las variables dependientes. Para el bootstrap se simuló 1000 réplicas y se solicitó un intervalo de confianza al 95% (Efron y Tibshirani, 1993). El primer modelo fue diseñado para predecir el Factor Depresivo en base a tiempo desde el diagnóstico, Reciprocidad, Obligación Moral y Calidad Sentimental. Se encontró una ecuación de regresión significativa ($F(4, 128) = 6.13, p < .05$), con un $R^2 = .073$. Se registra un R^2 ajustado = .044, por lo que se entiende que las variables independientes explican un 4.4% de la varianza del factor depresivo y se deduce una varianza de error del 2.9%. Según el criterio de Ferguson (2009), el tamaño del efecto es pequeño. Además, se describe en la tabla 5 que, de todas las variables independientes del modelo, solo el puntaje en Calidad Sentimental predice significativamente el factor depresivo ($b = -.22, t(128) = -2.50, p = .01$) con un tamaño del efecto que también es pequeño (Ferguson, 2009).

Tabla 5

Coefficientes de modelo de regresión lineal múltiple, donde Factor Depresivo es la variable dependiente

Variable					Intervalo de confianza al 95%	
	B	Beta	t	Sig.	Inferior	Superior
(Constante)	20.76		3.43	.001	6.98	33.12
Tiempo desde el diagnóstico en meses	-.002	-.003	-.04	.971	-.07	.12
Reciprocidad	-.23	-.14	-1.36	.176	-.58	.10
Obligación Moral	.001	.000	.004	.997	-.37	.42
Cualidad Sentimental	-.62	-.22	-2.50	.014	-1.07	-.12

El segundo modelo fue diseñado para predecir la Pérdida de Interés en base a tiempo desde el diagnóstico, Reciprocidad, Obligación Moral y Cualidad Sentimental. Se encontró una ecuación de regresión significativa ($F(4, 128) = 3.26, p = .01$), con un $R^2 = .092$. Se registra un R^2 ajustado = .064, por lo que se entiende que las variables independientes explican un 6.4% de la varianza de la Pérdida de Interés y se deduce una varianza de error del 2.8%. Estos resultados reflejan un tamaño del efecto pequeño para el criterio de Ferguson (2009). Como se describe en la tabla 6, específicamente los puntajes en Reciprocidad ($b = -.22, t(128) = -2.17, p < .05$) y en Cualidad Sentimental ($b = -.22, t(128) = -2.53, p = .01$) predicen significativamente la Pérdida de Interés con un tamaño del efecto pequeño (Ferguson, 2009).

Tabla 6

Coefficientes de modelo de regresión lineal múltiple, donde Pérdida de Interés es la variable dependiente

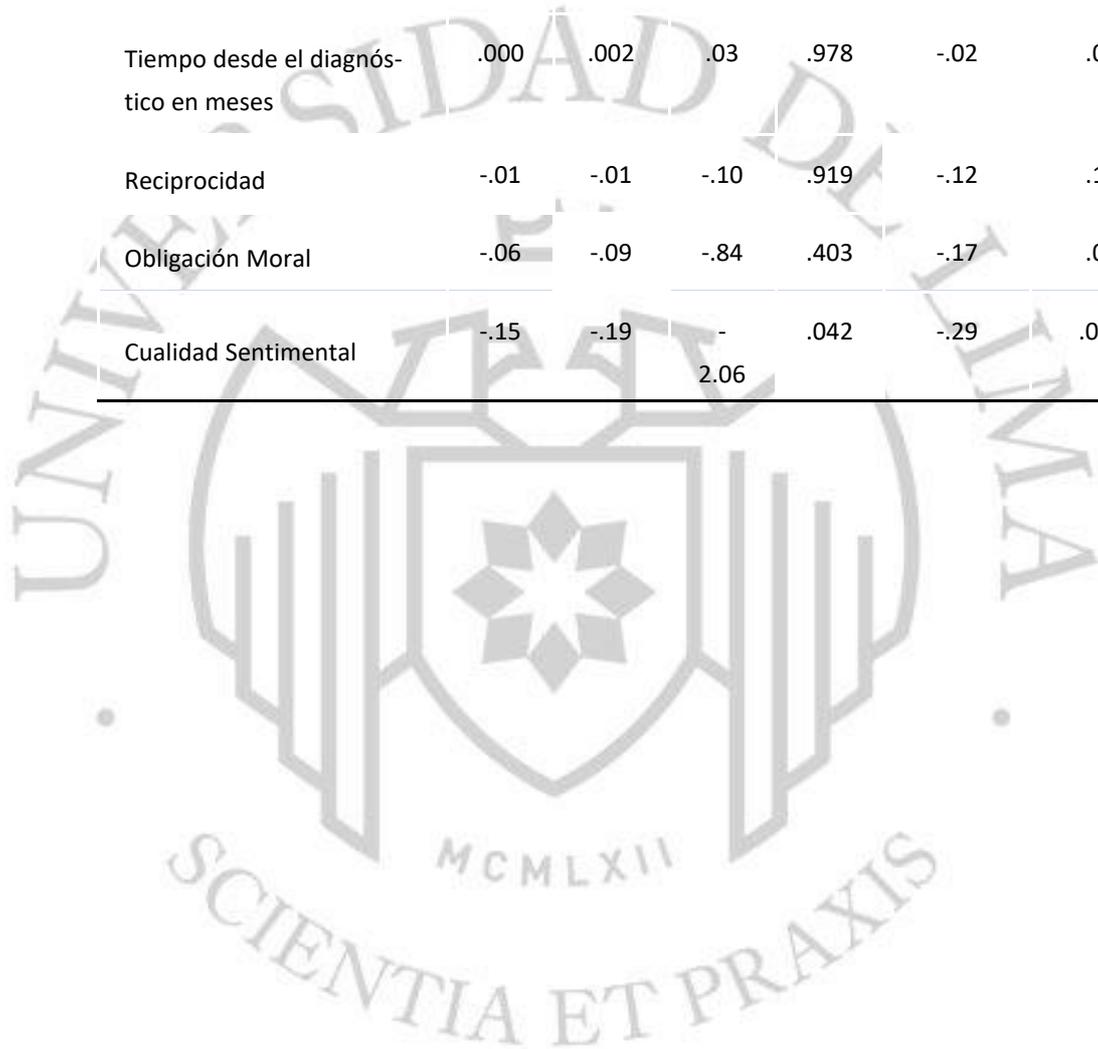
Variables	B	Beta	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	19.71		4.05	<.001	8.73	29.11
Tiempo desde el diagnóstico en meses	-.02	-.04	-.45	.651	-.06	.07
Reciprocidad	-.29	-.22	-2.17	.032	-.57	-.03
Obligación Moral	.06	.04	.34	.733	-.24	.42
Cualidad Sentimental	-.50	-.22	-2.53	.013	-.89	-.11

El tercer modelo fue diseñado para predecir la Actividad Disminuida en base a tiempo desde el diagnóstico, Reciprocidad, Obligación Moral y Cualidad Sentimental. Se encontró una ecuación de regresión no significativa ($F(4, 128) = 1.81, p = .13$), con un $R^2 = .054$ y un R^2 ajustado = .024. Sin embargo, en la tabla 7 se encuentra que, en el modelo, Cualidad Sentimental predice significativamente Actividad Disminuida ($b = -.19, t(128) = -2.06, p < .05$), lo que corresponde a un tamaño del efecto pequeño según el criterio de Ferguson (2009).

Tabla 7

Coefficientes de modelo de regresión lineal múltiple, donde Actividad Disminuida es la variable dependiente

Variables	B	Beta	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
(Constante)	5.53		3.06	.003	1.51	9.37
Tiempo desde el diagnóstico en meses	.000	.002	.03	.978	-.02	.03
Reciprocidad	-.01	-.01	-.10	.919	-.12	.10
Obligación Moral	-.06	-.09	-.84	.403	-.17	.07
Cualidad Sentimental	-.15	-.19	-2.06	.042	-.29	.002



CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

A partir de los resultados de la investigación, se analizan los valores reportados en los niveles de gratitud, sintomatología depresiva y tiempo desde el diagnóstico para describir las características de la población y de sus puntajes hallados. Luego de ello, de acuerdo con el objetivo de este estudio, se discute sobre el grado de predicción de la sintomatología depresiva según los factores de gratitud y el tiempo desde el diagnóstico en pacientes oncológicos.

Respecto a los resultados descriptivos, la puntuación total promedio en la sintomatología depresiva es mayor al punto de corte para detectar depresión en pacientes oncológicos (Krebber et al. 2014). Los resultados en esta muestra corresponden con estudios previos que señalan una prevalencia más alta de síntomas depresivos en pacientes oncológicos (Alemayehu et al., 2018; Berrospi-Reyna et al., 2017; Hartung et al., 2017; Hong y Tian, 2014; Ornelas-Mejorada et al., 2011; Vahdaninia et al., 2010). La presencia de una enfermedad como el cáncer trae consigo malestar psicológico en las personas que lo viven. El malestar puede representarse en emociones desagradables como tristeza y ansiedad por pérdidas simbólicas y cambios en el estilo de vida, miedo a la muerte o recurrencia de la enfermedad; e incomodidad por cambios en imagen corporal, sexualidad y atractividad (Vahdaninia et al., 2010). Si estas emociones no son elaboradas por el paciente, Pinquart y Duberstein (2010) señalan que un cuadro clínico depresivo predice una mayor mortalidad en los pacientes oncológicos. Por lo tanto, estos hallazgos permiten confirmar que la población con cáncer es una población vulnerable a nivel psicológico y requiere la asistencia correspondiente para disminuir sus riesgos y mejorar su calidad de vida.

En relación a la gratitud, también se aprecia que el promedio del puntaje total de gratitud hallado en la muestra es ligeramente superior a lo encontrado en población general (Alarcón, 2014). Estos hallazgos son similares a los de Peterson et al. (2006), quien, en comparación de la población general, encontró la presencia de más variables positivas como la gratitud en personas que habían tenido cáncer. En otras palabras, a pesar de las circunstancias adversas que les toca enfrentar a los pacientes oncológicos, ellos logran reconocer y alegrarse por las cosas buenas que les ocurren, así como tener intención de retribuir las (Alarcón, 2014; Ruini y Vescovelli, 2013). Este estudio parte de la idea de que la gratitud es un factor protector ante la depresión y, por lo tanto, puede predecir los

niveles de síntomas de depresión. Sin embargo, a partir del estudio de Peterson et al. (2006) y los resultados hallados en esta muestra, se puede llegar a plantear la pregunta de, si es que ante elevados niveles de gratitud en población oncológica en comparación de población general, se trata de un constructo que también puede ser desarrollado y aumentar sus niveles a raíz de la adversidad que les toca experimentar a los pacientes con cáncer.

Aparte de ello, en este estudio se empleó una definición y un instrumento para medir gratitud distinto a las investigaciones precedentes. La literatura científica suele definir la gratitud desde una perspectiva afectiva, ya sea una respuesta emocional o rasgo afectivo, y se mide a través de instrumentos como el GQ-6 (McCullough et al., 2002). En este caso, la definición también incluyó los componentes de intención conductual (para ser recíproco) y obligación moral de la gratitud, empleando un instrumento que corresponde a esta concepción y ha sido previamente adaptado en población limeña (Alarcón, 2014). Si bien esta concepción de gratitud abarca más matices, en la presentación de las correlaciones entre variables, no se halla correlación significativa entre los factores Reciprocidad y Calidad Sentimental. Dicha disonancia entre factores de un mismo constructo es un indicio de que los componentes que propone la prueba corresponden a aspectos distintos de un mismo concepto. En otras palabras, el hecho de que una persona tenga la intención de retribuir un beneficio no siempre está vinculado con la respuesta emotiva ante la recepción de este bien. A pesar de que los componentes de la escala parezcan ser independientes, esto no quita la posibilidad de que ambos aspectos puedan estar englobados dentro de la definición del concepto gratitud.

En referencia a las correlaciones entre los factores de sintomatología depresiva y las demás variables, se observa que la Calidad Sentimental de la gratitud es la única que, consistentemente, se relaciona de forma inversa con esta sintomatología. El factor Reciprocidad, solo se correlaciona negativamente y de forma estadísticamente significativa con el factor Pérdida de Interés de la sintomatología depresiva. Por el contrario, el tiempo desde el diagnóstico y el sentido de Obligación Moral no tienen ninguna relación con algún factor de los síntomas de depresión. La dirección y significancia de estas correlaciones se reflejan de forma similar en la elaboración de los modelos de regresión, por lo tanto, serán discutidas más adelante.

Respecto a los resultados asociados al objetivo principal de la investigación, se realizaron tres modelos de regresión lineal múltiple. Cada modelo insertó como variable dependiente un factor distinto de la sintomatología depresiva: Factor Depresivo, Pérdida

de Interés y Actividad Disminuida. Se observó que solo dos de los tres modelos son estadísticamente significativos: los modelos para el Factor Depresivo ($F(4, 128) = 6.13, p < .05$) y para la Pérdida de Interés ($F(4, 128) = 3.26, p = .01$). El modelo para predecir la Actividad Disminuida no logra ser significativo ($F(4, 128) = 1.81, p = .13$). En otras palabras, ni el tiempo desde el diagnóstico ni los niveles de gratitud predicen la aparición de la anergia en el paciente oncológico. La depresión tiene un componente psicológico y otro somático. Específicamente, la Actividad Disminuida está relacionada con el componente somático. Todos los participantes fueron reclutados en las áreas de quimioterapia y hospitalización, por lo tanto, se trata de pacientes en la fase activa de sus tratamientos. De esta manera, probablemente la aparición del componente somático puede atribuirse a las características de la muestra, que estaba experimentando la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer, antes que a la presencia de síntomas depresivos en los pacientes (Robles et al., 2009). Por lo tanto, a causa de la enfermedad y sus tratamientos, es esperable que los pacientes presenten una condición física deteriorada que les dificulta iniciar actividades y les demanda mayor esfuerzo el realizarlas. Esto independientemente de cuánto tiempo transcurrió tras el diagnóstico y otras características personales como sus niveles de gratitud (Robles et al., 2009). Eventualmente, estos resultados podrían variar si es que la muestra estuviera conformada por pacientes en otras fases de la enfermedad, por ejemplo, pacientes solo en controles o pacientes sobrevivientes.

- En el modelo de predicción de la Pérdida de Interés, se encontraron dos predictores significativos: la Reciprocidad y la Calidad sentimental de la gratitud. Cuando la persona es recíproca, es decir, reconoce los bienes recibidos y tiene la intención de retribuirlos a las personas benefactoras (Alarcón, 2014), entonces se predice una mayor motivación para involucrarse eficazmente en sus actividades rutinarias (incluido el sueño) y sociales, manteniendo el interés por ellas. De la misma manera, si se mantienen los sentimientos de agradecimiento hacia la persona y/o evento (calidad sentimental de la gratitud), se predice la conservación del interés por la vida social y rutinaria en los pacientes oncológicos.

En el modelo de predicción del Factor Depresivo, se observó que solo la Calidad Sentimental era un predictor significativo. Por lo tanto, en base a ambos modelos, se observa que la Calidad Sentimental de la gratitud es el mejor predictor de la presencia de menor sintomatología depresiva. En congruencia con estudios previos (Deichert et al., 2018; Lambert et al., 2012; Ng y Wong, 2012; Ruini y Vescovelli, 2013; Sirois y Wood,

2017; Watkins et al., 2003; Wood, Maltby, Gillett et al., 2008), este componente de la gratitud es el que muestra mayor correlación con la sintomatología depresiva. La gratitud involucra reconocer los aspectos positivos que ocurren en la propia vida, lo que evoca sensación de bienestar, satisfacción con la vida, gozo, optimismo, felicidad, generosidad, compasión, sociabilidad, entre otras. Esta orientación positiva hacia la vida es, a su vez, opuesta a la visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro; que forma parte de una reacción o cuadro depresivo y se acompaña de sentimientos de tristeza, culpa, soledad, etc. (Emmons, 2010; Emmons y McCullough, 2003; McCullough et al., 2002; Wood, Froh et al., 2010; Wood, Maltby, Gillett et al., 2008).

Al considerar todos los modelos de regresión, mientras la Calidad Sentimental de la gratitud predice mejor la sintomatología depresiva; las variables del tiempo desde el diagnóstico y la presencia de Obligación Moral por ser agradecido podrían ser descartadas de los modelos de regresión, porque se observa que dichas variables no predicen los factores de la sintomatología depresiva en un ninguno de los casos.

En relación a la variable de tiempo desde el diagnóstico, la variación del tiempo no influye en el Factor Depresivo, Pérdida de Interés o Actividad Disminuida. Estos resultados contrastan con investigaciones precedentes donde se señala una disminución de la sintomatología depresiva a medida que pasa el tiempo después del diagnóstico (Burgess et al., 2005; Krebber et al., 2014; Vahdaninia et al., 2010). Las investigaciones mencionadas han sido ya sea meta-análisis o estudios con un diseño longitudinal. En vista de que el presente estudio tiene un diseño transversal, las diferencias en los resultados podrían yacer en el diseño de la investigación, dado que esta investigación no hace un seguimiento a lo largo del tiempo desde el diagnóstico del paciente. Además, si bien los pacientes reportaron un amplio rango de cantidad de meses con el diagnóstico (desde 0 a 84 meses), debido al tipo de muestreo (por conveniencia) todos los participantes estaban ya sea hospitalizados para una cirugía o recibiendo quimioterapias. Por lo tanto, a pesar que el tiempo desde el diagnóstico varíe, todos los pacientes tenían en común que se encontraban en la fase activa del tratamiento y este factor podría estar siendo de mayor influencia que la cantidad de meses en sí.

Por otro lado, las investigaciones también señalan que otras variables, socio-demográficas y/o relacionadas con la enfermedad, que no son el tiempo desde el diagnóstico oncológico, se relacionan con la presencia de la sintomatología depresiva. Por ejemplo, la edad, el tipo de cáncer, el grado de instrucción, la presencia de disnea, fatiga, insomnio y/o dolor, entre otras (Berrospi-Reyna et al., 2017; Hartung et al., 2017; Hong

y Tian, 2014; Krebber et al., 2014; Vahdaninia et al., 2010). Por lo tanto, podría indagarse si las variables mencionadas tienen un mejor poder predictivo de la sintomatología depresiva a diferencia del tiempo de evolución de enfermedad.

Respecto a la Obligación Moral, tampoco es una variable predictiva del Factor Depresivo, Pérdida de Interés o Actividad Disminuida. Se entiende que una persona que percibe la gratitud como mandato moral, no necesariamente se “beneficia” de una menor sintomatología depresiva, es decir, una disminución en sus sentimientos de tristeza, anhedonia y anergia. En la literatura científica, la sintomatología depresiva ha sido principalmente correlacionada con la gratitud definida como una emoción. Por lo tanto, el componente de obligación moral de la gratitud tampoco presenta antecedentes consistentes de una relación con los síntomas depresivos. Incluso a nivel conceptual, Carr (2014) se basa en la definición aristotélica de virtud moral para cuestionar que la gratitud sea asumida como una virtud moral solo porque las investigaciones demuestran que tiene beneficios psicológicos y sociales. En esta línea, vale la pena reflexionar en la Psicología acerca del significado de la gratitud y qué elementos componen realmente este constructo para, según ello, reconocer con mayor precisión las implicancias y limitaciones de promover el agradecimiento en terapia, educación y la sociedad en general.

En resumen, se halló que no se cumple la hipótesis porque las variables de tiempo desde el diagnóstico y los tres factores de la gratitud no predicen de forma simultánea los factores de la sintomatología depresiva. En ninguno de los casos, el tiempo desde el diagnóstico y la Obligación Moral fueron predictores significativos de la sintomatología depresiva. Además, no se logra generar un modelo de regresión significativo que permita predecir la Actividad Disminuida de los pacientes, porque la enfermedad misma y los tratamientos estarían influyendo en su aparición. No obstante, la Calidad Sentimental es el mejor predictor de los síntomas depresivos.

Esta investigación presenta ciertas limitaciones. La varianza sistemática de los modelos de regresión solo cumplen con un mínimo aceptable para ser estadísticamente significativa; por lo tanto, se puede inferir que existen otras variables no identificadas en este estudio que son responsables de predecir mejor la sintomatología depresiva. A parte de ello, de acuerdo a la metodología planteada, no se puede discutir acerca de la causalidad de las variables y su asociación a lo largo del tiempo. Además, los participantes son pacientes de un instituto público especializado que corresponden a ciertos estratos socioeconómicos y niveles de educación, lo que limita la generalización del estudio a otras poblaciones (Alemayehu et al., 2018). Además, la muestra de pacientes con cáncer solo

se compuso de aquellos que se encontraban sometidos a un tratamiento en el momento del estudio y no se incluyó pacientes en otras fases de la enfermedad, en quienes las variables de estudio podrían comportarse de manera distinta.

Asimismo, los instrumentos empleados son de tipo auto-reporte, lo cual implica preguntar a un participante sobre sus sentimientos, creencias y actitudes. Algunos participantes pueden faltar a la verdad ya sea porque no recuerdan, no comprenden la pregunta o porque quieren presentar una imagen positiva de ellos mismos. Esta última posibilidad es conocida como sesgo de deseabilidad social y puede convertirse en un problema significativo en las mediciones por auto-reporte (Hoffman, 2015). Este efecto pudo haberse visto aumentado porque, durante el procedimiento de recolección de datos, muchos participantes reportaron sus respuestas oralmente para que otra persona las registrara por escrito, dado que no podían o no deseaban resolver el protocolo leyendo y escribiendo por su cuenta.



CONCLUSIONES

- Los pacientes evaluados alcanzaron una puntuación promedio que es superior al punto de corte para un diagnóstico de depresión, lo que indica que la sintomatología depresiva de la muestra es alta y los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo de presentar un cuadro depresivo a comparación de la población general.
- Los puntajes promedio de gratitud en los pacientes son ligeramente superiores al puntaje total promedio en la población general. Esto es un indicador de que, a pesar de que el cáncer implique una reacción adaptativa asociada a emociones negativas, los pacientes son capaces de reconocer los aspectos positivos de sus experiencias y tener la intención de ser recíprocos con otros por los bienes que han recibido. A eso se añade la hipótesis de que los niveles de gratitud en pacientes con cáncer pueden ser mayores dada la experiencia adversa vivida, que podría estar sirviendo de catalizadora para desarrollar la gratitud en sus vidas.
- No se correlacionan los factores Reciprocidad y Calidad Sentimental en la Escala de Gratitud, lo que revela independencia de los factores dentro de la escala.
- La Actividad Disminuida no puede ser predicha ni por las variables del tiempo desde el diagnóstico, ni por los factores de gratitud. Probablemente la disminución en la actividad corresponde al proceso de la enfermedad oncológica y su tratamiento, antes que a los síntomas de una reacción depresiva.
- La Pérdida de Interés se puede predecir por los niveles de Reciprocidad y Calidad Sentimental de la gratitud.
- El Factor Depresivo se puede predecir por los niveles de Calidad Sentimental de la gratitud.
- En la literatura científica que relaciona la gratitud con la sintomatología depresiva, principalmente se ha definido gratitud como una disposición o estado emocional. En el presente estudio, se consideró una concepción más amplia del constructo y se empleó un instrumento distinto que captara esta definición. No obstante, se halló que solo el componente emocional de esta definición, es decir, la Calidad Sentimental, es el mejor predictor de la sintomatología depresiva.
- Contrariamente a lo hallado en estudios previos, el tiempo desde el diagnóstico no predice ningún factor de la sintomatología depresiva. Esto puede deberse a que, más que la cantidad de meses transcurridos desde el diagnóstico, sea la fase de la

enfermedad un mayor determinante. En el caso de este estudio, todos los participantes se encontraban en la fase activa de la enfermedad y bajo un tratamiento (ya sea cirugía o quimioterapia), lo que puede estar sometiendo a todos estos pacientes bajo malestar físico y psicológico, independientemente del tiempo que llevan diagnosticados.

- El factor de Obligación Moral de la gratitud tampoco predice ningún factor de la sintomatología depresiva.



RECOMENDACIONES

- Se sugiere estudiar efectos en los síntomas depresivos a causa de intervenciones en gratitud en pacientes oncológicos. Por ejemplo, intervenciones de registro diario de motivos de gratitud (por ejemplo “las tres cosas buenas”), meditación contemplativa en gratitud o expresiones conductuales de gratitud, entre otros ejercicios que están enfocados en potenciar la cualidad sentimental de la gratitud.
- En pacientes con cáncer en tratamiento, se recomienda centrar la evaluación de sintomatología depresiva en los componentes afectivos y cognitivos de la depresión (ánimo depresivo, anhedonia, pérdida de autoestima o pensamientos de desesperanza, inutilidad culpa y/o muerte), antes que en el componente somático, porque este podría confundirse con los efectos secundarios del tratamiento médico.
- Se sugiere que los psicólogos que estudian las variables de la psicología positiva puedan reflexionar sobre la definición del constructo gratitud para que, a partir de ello, se logre unificar las definiciones empleadas en estudios empíricos, se diferencie claramente el constructo gratitud de otros como apreciación y, también, se pueda reconocer las implicancias y las limitaciones de la promoción de la gratitud en terapia, educación y la sociedad en general.
- De preferencia, emplear un muestreo probabilístico en futuras investigaciones.
- En futuros estudios, se sugiere realizar investigaciones con un diseño longitudinal, para observar el comportamiento de la sintomatología depresiva a lo largo del proceso de enfermedad, así como poder indagar a mayor profundidad la posibilidad de que la gratitud aumente sus niveles a partir de la experiencia del cáncer.
- En este estudio solo se recolectaron datos de pacientes en tratamiento. Sin embargo, en futuras investigaciones con pacientes oncológicos, se propone que se recolecte información de pacientes en distintas etapas dentro de su proceso de enfermedad, como pacientes con diagnóstico pero sin haber recibido tratamiento todavía, pacientes en controles post-tratamiento o sobrevivientes.
- Es pertinente elaborar investigaciones que analicen variables no presentadas en este estudio, pero que podrían estar teniendo un mayor efecto sobre la varianza sistemática de los modelos de predicción de la sintomatología depresiva. Por un lado, indagar sobre variables socio-demográficas y/o relacionadas con la enferme-

dad es relevante para identificar grupos de riesgo. Por otro lado, también es importante explorar sobre variables psicológicas que luego puedan intervenir para generar un cambio en la sintomatología depresiva.



REFERENCIAS

- Adelstein, K.E. (2016). *An online gratitude intervention for young adults with advanced cancer* (Tesis doctoral, Universidad de Virginia, Estados Unidos). Recuperada de https://libraetd.lib.virginia.edu/public_view/kp78gg37r
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Alarcón, R. (2014). Construcción y valores psicométricos de una escala para medir la gratitud. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1520-1534. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70391-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70391-6)
- Alarcón, R. y Caycho, T. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(1), 59-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780004.pdf>
- Alemayehu, M., Deyessa, N., Medihin, G., & Fekadu, A. (2018). A descriptive analysis of depression and pain complaints among patients with cancer in a low income country. *Plos One*, 13(3), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193713>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arnau, J., Anguera, M.T. y Gomez, J. (1990). *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Berrosپی-Reyna, S., Herencia-Souza, M. y Soto, A. (2017). Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama de un hospital público de Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 95-100. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200004
- Bowerman, B. L., & O'Connell, R. T. (1990). *Linear statistical models: An applied approach* (2th ed.). Belmont, CA: Duxbury.
- Bryan, J., Young, C., Lucas, S., & Quist, M. (2016). Should I say thank you? Gratitude encourages cognitive reappraisal and buffers the negative impact of ambivalence

- over emotional expression on depression. *Personality and Individual Differences*, 120, 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.013>
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493), 1- 4. <https://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.d3>
- Cancer Research UK. (2016). *Can cancer be prevented?* Recuperado de <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/can-cancer-be-prevented>
- Cancer Research UK. (2017a). *How cancer starts*. Recuperado de <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/how-cancer-starts>
- Cancer Research UK. (2017b). *Stages of cancer*. Recuperado de <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer/stages-of-cancer>
- Carr, D. (2014). Is gratitude a moral virtue? *Philosophical Studies*, 6(172), 1475-1484. <https://doi.org/10.1007/s11098-014-0360-6>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) (febrero, 2019). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018*. Documento técnico presentado en el Taller de Prevención y Control del Cáncer, Lima. Recuperado de https://www.dge.gob.pe/portal/docs/notas_prensa/2019/notaprensa0012019.pdf
- Cheng, S., Tsui, P., & Lam, J. (2015). Improving mental health in health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 177-186. <https://doi.org/10.1037/a0037895>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.

- Deichert, N., Prairie Chicken, M., & Hodgman, L. (2018). Appreciation of others buffers the associations of stressful life events with depressive and physical symptoms. *Journal of Happiness Studies*, 20(4), 1071-1088.
<https://doi.org/10.1007/s10902-018-9988-9>
- Dirección General de Epidemiología. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Efron, B. (1979). Bootstrap methods: Another look at the jackknife. *The Annals of Statistics*, 7(1), 1-26. <https://doi.org/10.1214/aos/1176344552>
- Efron, B., & Tibshirani, R. J. (1993). *An introduction to the Bootstrap*. New York: Chapman and Hall.
- Disabato, D., Goodman, F., Kashdan, T., Short, J., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471-482.
<https://doi.org/10.1037/pas0000209>
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>
- Emmons, R. A. (2010). *Why gratitude is good*. Recuperado de https://greatergood.berkeley.edu/article/item/why_gratitude_is_good
- Escurra, L.M. y Delgado, A.E. (2012). Análisis psicométrico de la escala de depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. *Persona*, 15, 173-190. Recuperado de [http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/images/3AFA3911E143A81F05257AFA0060089B/\\$file/08-persona15-escurra.pdf](http://fresno.ulima.edu.pe/sf%5Csf_bdfde.nsf/images/3AFA3911E143A81F05257AFA0060089B/$file/08-persona15-escurra.pdf)
- Esparza, T., Martínez, T., Leibovich, N., Campos, R. y Lobo, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(2-3), 303-314.
https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n2-3.51011

- Fagley, N. S. (2016). The construct of appreciation: It is so much more than gratitude. En D. Carr (Ed.), *Perspectives on gratitude: An interdisciplinary approach* (pp. 70-84). New York: Routledge.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Ferguson, C. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(5), 532-538. <https://doi.org/10.1037/a0015808>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Hartung, T., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C.,..., & Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, *72*, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.017>
- Henselmans, I., Helgeson, V., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, *29*(2), 160-168. <https://doi.org/10.1037/a0017806>
- Hoffman, D. (2015). *The effects of a practice of gratitude on quality of life and depression in head and neck cancer survivors* (Tesis doctoral, Capella University, Michigan, Estados Unidos). Recuperada de http://fresno.ulima.edu.pe/ss_bd00102.nsf/RecursoReferido?OpenForm&id=PROQUEST-41716&url=/docview/1728918423?accountid=45277
- Hong, J., & Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in chinese cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *22*(2), 453-459. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1997-y>
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to research methods in psychology* (3th ed.). Essex: Pearson.

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Datos epidemiológicos*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2017). *Indicadores de gestión hospitalaria. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. Diciembre-2017*. Recuperado de http://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/01/DICIEMBRE_2017.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). *Indicadores de gestión hospitalaria. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. Enero-2019*. Recuperado de https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/03/ENERO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-392. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- International Agency for Research on Cancer. (2018). *Globocan 2018, Cancer today*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Krebber, A., Buffart, L., Kleijn, G., Riepma, I., de Bree, R., Leemans, C.,..., & Verdonck-de Leeuw, I.M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130. <https://doi.org/10.1002/pon.3409>
- Lambert, N., Fincham, F., & Stillman, T. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition and Emotion*, 26(4), 615-633. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.595393>
- Lau, R., & Cheng, S. (2012). Gratitude orientation reduces death anxiety but not positive and negative affect. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66(1), 79-88. <https://doi.org/10.2190/om.66.1.e>
- Liang, H., Chen, C., Li, F., Wu, S., Wang, L., Zheng, X., & Zeng, B. (2018). Mediating effects of peace of mind and rumination on the relationship between gratitude and depression among chinese university students. *Current Psychology*, 1, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9847-1>

- Lin, C. (2015). Gratitude and depression in young adults: The mediating role of self-esteem and well-being. *Personality and Individual Differences, 87*, 30-34.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.017>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología, 30*(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Masters, G. N. (1982). A Rasch model for partial credit scoring. *Psychometrika, 47*, 149-174. <https://doi.org/10.1007/BF02296272>
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*(1), 112–127. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.112>
- Morrison, E., Novotny, P., Sloan, J., Yang, P., Patten, C., Ruddy, K., ..., & Clark, M. (2017). Emotional problems, quality of life, and symptom burden in patients with lung cancer. *Clinical Lung Cancer, 18*(5), 497-503.
<https://doi.org/10.1016/j.clcc.2017.02.008>
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo, 31*(1), 57-66. Recuperado de <http://www.papelesdel psicologo. es/ pdf/1796.pdf>
- National Cancer Institute. (2015). *What is cancer?* Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#types-of-cancer>
- National Cancer Institute. (2017a). *Feelings and Cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings#sadness>
- National Cancer Institute. (2017b). *Tipos de tratamiento*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- National Cancer Institute. (2019). *Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®)–Patient Version*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-pdq>
- Ng, M., & Wong, W. (2012). The differential effects of gratitude and sleep on psychological distress in patients with chronic pain. *Journal of Health Psychology, 18*(2), 263-271. <https://doi.org/10.1177/1359105312439733>

- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. (2016). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 17*(1), 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Cancer*. Recuperado de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ornelas-Mejorada, R.E., Tufiño-Tufiño, M.A. y Sánchez-Sosa, J.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. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v1n3/v1n3a3.pdf>
- Otto, A., Szczeny, E., Soriano, E., Laurenceau, J., & Siegel, S. (2016). Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology, 35*(12), 1320-1328. <https://doi.org/10.1037/hea0000400>
- Pastore, A., Mir, A., Maruccia, S., Palleschi, G., Carbone, A., Lopez, C.,..., & Palou, J. (2018). Psychological distress in patients undergoing surgery for urological cancer: A single centre cross-sectional study. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations, 35*(12), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.08.006>
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2006) Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology, 1*(1), 17-26. <https://doi.org/10.1080/17439760500372739>
- Petrocchi, N., & Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: The mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity, 15*(2), 191-205. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1095794>
- Pinquart, M., & Duberstein, P.R. (2010). Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 40*, 1797-1810. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992285>

- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Roa-Meggo, Y. (2017). Gender relations and differences between gratitude and personality in university students of metropolitan Lima-Peru. *Psychologia, 11*(1), 49-56. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v11n1/1900-2386-psych-11-01-00049.pdf>
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: El papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología, 6*(1), 191-201. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>
- Riveros, M. (2004). *Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM, a través de la escala CESD*. (Tesis de maestría en Psicología con mención en Psicología clínica). Recuperada de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2726>
- Rosmarin, D., Pirutinsky, S., Greer, D., & Korbman, M. (2016). Maintaining a grateful disposition in the face of distress: The role of religious coping. *Psychology of Religion and Spirituality, 8*(2), 134-140. <https://doi.org/10.1037/rel0000021>
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies, 14*(1), 263-274. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9330-x>
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 436-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004>
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A new visionary understanding of happiness and well-being*. New York: Simon and Schuster.
- Sirois, F., & Wood, A. (2017). Gratitude uniquely predicts lower depression in chronic illness populations: A longitudinal study of inflammatory bowel disease and arthritis. *Health Psychology, 36*(2), 122-132. <https://doi.org/10.1037/hea0000436>

- Shao, D., Gao, W., & Cao, F. (2016). Brief psychological intervention in patients with cervical cancer: A randomized controlled trial. *Health Psychology, 35*(12), 1383-1391. <https://doi.org/10.1037/hea0000407>
- Tudge, J., Freitas, L., O'Brien, L., & Mokra, I. (2017). Methods for studying the virtue of gratitude cross-culturally. *Cross-Cultural Research, 52*(1), 19-30. <https://doi.org/10.1177/1069397117737017>
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(3), 355-361. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0068-7>
- Watkins, P., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 31*(5), 431-451. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.5.431>
- Wood, A., Froh, J., & Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 890-905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>
- Wood, A., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the big five facets. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 443-447. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.012>
- Wood, A., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P., & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality, 42*(4), 854-871. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.11.003>
- Wood, A., Maltby, J., Stewart, N., Linley, P., & Joseph, S. (2008). A social-cognitive model of trait and state levels of gratitude. *Emotion, 8*(2), 281-290. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.2.281>
- Zhou, X., & Wu, X. (2016). Understanding the roles of gratitude and social support in posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences, 101*, 4-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.05.033>





APÉNDICES

APÉNDICE 1: Ficha Sociodemográfica

Nº historia clínica: _____

Orden: _____

A continuación se presentan algunas preguntas sobre sus datos personales:

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: _____

Estado civil: soltero/a () casado/a () conviviente () viudo/a () separado/a () divorciado/a ()

Departamento de nacimiento: Lima Metropolitana () Lima Provincia () Callao ()
Otro departamento: _____

Departamento de residencia: Lima Metropolitana () Lima Provincia () Callao ()
Otro departamento: _____

Nivel Educativo: primaria incompleta () primaria completa () secundaria incompleta () secundaria completa () técnica incompleta () técnica completa ()
universitaria incompleta () universitaria completa ()

Ocupación u oficio: _____

Estatus laboral actual: ocupado () desocupado y buscando trabajo () inactivo ()

Religión: _____

¿Usted tiene cáncer? Sí () No () **En caso afirmativo:**

¿Cuál es el nombre de su diagnóstico?: _____

Estadio actual de su enfermedad: I () II () III () IV () no especificado ()

¿Hace cuánto tiempo le informaron de su diagnóstico?: menos de 1 mes () 1 mes ()
2 meses () 3 meses () 4 meses () 5 meses ()
más de 5 meses; especificar: _____

¿Qué tratamiento/s ha recibido?: cirugía () quimioterapia () radioterapia () hormonoterapia (ej. tamoxifeno) () TAMO () ninguno ()
otros, especificar: _____

¿Tiene algún diagnóstico médico adicional?: _____

¿Tiene o ha tenido algún diagnóstico psicológico/psiquiátrico?: _____

Fecha de aplicación: _____

APÉNDICE 2: Protocolo de la Escala de Gratitud de Alarcón

Más abajo encontrará una serie de afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo, en desacuerdo o en duda. Lea detenidamente cada afirmación y luego utilice la escala para indicar su grado de aceptación o de rechazo a cada una de las frases. Marque su respuesta con X. No hay respuestas buenas ni malas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
TD	D	(?)	A	TA

Items	TD	D	(?)	A	TA
1. Hay muchas cosas en la vida por las que estoy agradecido.	1	2	3	4	5
2. Debemos agradecer el beneficio recibido por más pequeño que sea.	1	2	3	4	5
3. Nunca olvidaré lo que otros han hecho por mí.	1	2	3	4	5
4. Es una obligación moral agradecer lo que hemos recibido.	1	2	3	4	5
5. No tengo por qué agradecer el favor que me han hecho.	5	4	3	2	1
6. La gratitud termina cuando se pagan los favores recibidos.	5	4	3	2	1
7. Es difícil olvidar a quienes me hicieron un favor.	1	2	3	4	5
8. Me es fácil elogiar a una persona bondadosa.	1	2	3	4	5
9. Me considero una persona agradecida.	1	2	3	4	5
10. Me preocupo por corresponder a la persona que me hizo un favor cuando más lo necesitaba.	1	2	3	4	5
11. La recompensa a la persona que me ayudó, pone fin a la gratitud que le debía.	5	4	3	2	1
12. Me siento muy contento cuando correspondo a la persona que me hizo un favor.	1	2	3	4	5
13. Considero valiosos los beneficios que he recibido.	1	2	3	4	5
14. Lo que somos y lo bueno que tenemos, no lo hemos conseguido solos.	1	2	3	4	5
15. La persona generosa merece reconocimiento de los demás.	1	2	3	4	5
16. La gratitud nunca termina.	1	2	3	4	5
17. Guardo en la memoria a quienes generosamente me ayudaron.	1	2	3	4	5
18. Es una obligación moral corresponder a quienes me ayudaron.	1	2	3	4	5

APÉNDICE 3: Protocolo de la CES-D

INSTRUCCIONES

Abajo se describen 20 formas diferentes de comportamientos y sentimientos. Elija y marque con una X la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido Ud. durante la semana pasada. Todas las respuestas son aceptables. Trate de no demorarse demasiado.

1. Me sentí fastidiado(a) por cosas que usualmente no me molestan.
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 - Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 - Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

2. No me sentí con ganas de comer, tuve muy poco apetito.
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 - Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 - Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

3. Sentí que no podía deshacerme de mi tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y amigos.
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 - Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 - Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

4. Sentí que no era tan buena como otras personas.
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 - Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 - Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

5. Tuve problemas para concentrarme en lo que estaba haciendo.
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 - Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 - Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

6. Me sentí deprimido(a).
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 - Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 - Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

7. Sentí que todo lo hacía con esfuerzo.
 - Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 - A veces o muy pocas veces (1-2 días).

- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
8. Me sentí desesperanzado(a) con respecto al futuro.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
9. Pensé que mi vida era un fracaso.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
10. Me sentí temeroso(a) o con miedo.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
11. No descansé al dormir, mi sueño era inquieto.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
12. Me sentí infeliz.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
13. Hablé menos de lo usual.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
14. Me sentí solo(a).
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).
 A veces o muy pocas veces (1-2 días).
 Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
 Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).
15. La gente no era amigable.
 Muy rara vez o nunca (menos de un día).

- A veces o muy pocas veces (1-2 días).
- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
- Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

16. No disfruté de la vida.

- Muy rara vez o nunca (menos de un día).
- A veces o muy pocas veces (1-2 días).
- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
- Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

17. Tuve periodos de llanto.

- Muy rara vez o nunca (menos de un día).
- A veces o muy pocas veces (1-2 días).
- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
- Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

18. Me sentí triste.

- Muy rara vez o nunca (menos de un día).
- A veces o muy pocas veces (1-2 días).
- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
- Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

19. Sentí que no le agradaba a la gente.

- Muy rara vez o nunca (menos de un día).
- A veces o muy pocas veces (1-2 días).
- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
- Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

20.-. Tuve dificultad para empezar a realizar mis actividades.

- Muy rara vez o nunca (menos de un día).
- A veces o muy pocas veces (1-2 días).
- Ocasionalmente o por una cantidad moderada de tiempo (3-4 días)
- Casi todo o todo el tiempo (5-7 días).

MCMLXII
SCIENTIA ET PRAXIS

APÉNDICE 4: Cargas factoriales de Escala de Gratitud de Alarcón (2014)

Tabla 8

Distribución de cargas factoriales en la Escala de de Gratitud de Alarcón (2014)

ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
12	0.72		
17	0.71		
13	0.68		
8	0.66		
16	0.65		
9	0.64		
10	0.62		
15	0.59		
14	0.43		
4		0.78	
2		0.68	
1		0.67	
3		0.66	
5		0.53	
18		0.50	
7		0.44	
6			0.78
11			0.77
Coefficientes α	0.86	0.82	0.71



APÉNDICE 5: Evidencias de validez y confiabilidad derivados de los puntajes de la Escala de Gratitud de Alarcón (2014)

Los siguientes análisis fueron realizados con ayuda del programa “Factor Analysis”. Por un lado, se recogieron evidencias de validez relacionadas a la estructura interna a través de un análisis factorial exploratorio. Para motivos de examinar la matriz de correlaciones o covarianzas y evaluar si los datos son candidatos para el análisis factorial, se utilizó la matriz de correlaciones policóricas, que es recomendada cuando los ítems son ordinales y politómicos. En la tabla 9 se precisan los coeficientes Káiser-Meyer-Olkin (KMO) y esfericidad de Barlett, que evalúan la adecuación de la matriz. Se observa que el coeficiente KMO supera .6, la esfericidad de Barlett es estadísticamente significativa y la varianza acumulada es mayor a 60%, por lo tanto, se puede proceder a correr el análisis factorial exploratorio.

Tabla 9

Adecuación de la matriz de correlaciones policóricas

Elemento	Coefficiente
Estadístico de esfericidad de Barlett	1037.7 (gl = 153; p < .001)
Prueba Káiser-Meyer-Olkin (KMO)	0.85
Proporción de la varianza acumulada	0.61

El análisis factorial exploratorio se realizó a través del procedimiento de análisis paralelo y se propuso tres componentes, que son los señalados por la teoría. Se utilizó el método ULS de Jörberg, que emplea el Mínimo de Cuadrados Ordinarios, así como se empleó la rotación Promin. En la tabla 10, se puede observar las cargas factoriales de los ítems distribuidos en tres factores, donde las cargas menores a .30 han sido eliminadas.

En el modelo de Alarcón (2014), al Factor 1 le corresponden los ítems 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 y 17; al Factor 2 le corresponden los ítems 6 y 11; y al Factor 3, corresponden los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 18. En el modelo hallado en la tabla 10, se replica la distribución de 12 ítems de un total de 18 ítems. Solo los ítems 4, 6, 7, 11, 14 y 18 no son designados en el mismo factor que en el modelo original. El componente que se ve más afectado es el Factor 2, dado que en la tabla 10 los ítems 4, 14 y 18 cargan en este factor, mientras que en el modelo de Alarcón (2014), el mismo factor consta de los ítems 6 y 11, es decir, no se encuentra ninguna coincidencia.

Tabla 10

Cargas factoriales de los ítems y su agrupación a una solución de 3 factores utilizando la rotación oblicua tipo promín

ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1			.45
2			.46
3			.58
4	-.37	.99	
5			.76
6			.87
7	.74		
8	.37		
9	.63		
10	.54		
11			.86
12	.42		
13	.36	.32	
14		.40	
15	.99		
16	.58		
17	.81		
18		.85	

Por otro lado, en la tabla 11 se reportan evidencias de confiabilidad de los puntajes a través de los coeficientes Alfa de Cronbach y Omega de McDonald. El estudio de Alarcón (2014) solo reporta la consistencia interna de la escala total (.90), que resulta tener un valor similar a los valores hallados para el puntaje total en este estudio. Además, los valores del Factor 1, Factor 3 y el total de ítems superan el .7, teniendo una confiabilidad

muy buena. Sin embargo, se considera que los índices del Factor 2 son bajos, casi inaceptables.

Tabla 11

Coefficientes de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald por cada factor y por el total

Variable	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Factor 1	.90	.90
Factor 2	.63	.63
Factor 3	.83	.84
Total de ítems	.91	.91

Recordando que, en el análisis factorial exploratorio de este estudio, la distribución del Factor 2 no presenta coincidencias con el modelo de Alarcón (2014); y a eso se añade la presencia de bajos índices de confiabilidad en ese mismo factor, se decide preferir la distribución de Alarcón (2014) para el Factor 2, dado que esta última también tiene mayor solidez teórica. Aparte de ello, la distribución de la mayoría de los ítems de los Factores 1 y 3 corresponden a la distribución del modelo de Alarcón (2014). Por lo tanto, en vista de las evidencias de validez y confiabilidad en los Factores 1 y 3, también se concluye que el modelo de Alarcón (2014) ha sido confirmado.

APÉNDICE 6: Cargas factoriales de la CES-D

Tabla 12

Distribución de cargas factoriales en la escala CES-D

ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	0.55		
2	0.62		
3	0.64		
6	0.73		
12	0.64		
14	0.58		
16	0.49		
17	0.58		
18	0.72		
4		0.58	
5		0.52	
8		0.44	
9		0.55	
10		0.55	
13		0.43	
15		0.78	
19		0.77	
20		0.54	
7			0.83
11			0.43

Coefficientes α

41.8%

20%

10%



APÉNDICE 7: Autorización de la institución



"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Surquillo, 07 de Agosto de 2018

CARTA N° 095 - 2018-CRP-DI-DICOM/INEN

Srta.
Jessica Cidra Nuñez Mandojar
Investigadora Principal
Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente e informarle que el Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del INEN, ha revisado y aprueba el trabajo de Investigación Titulado: "LA GRATITUD Y EL TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS": INEN 18-70.

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe sobre los avances del dicho proyecto, así como las conclusiones del mismo a esta Oficina.

Esperando la respuesta para la respectiva aprobación, quedamos de Usted.

Atentamente,

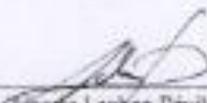

M.C. Vasquez Chavez Julie
Presidente del Comité Revisor




M.C. Sandro Casavica Zambrano
Miembro del Comité Revisor


M.C. Henry Valdivia Franco
Miembro del Comité Revisor


M.C. Marga Lopez Contreras
Miembro del Comité Revisor


M.C. Roberto Lachos Davila
Miembro del Comité Revisor



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Lima, 28 de agosto de 2018

CARTA N° 296-2018-CIEVINEN

Sra.
JESSICA C. HUÍÑEZ MONDÉJAR
Investigadora Principal

Presente.-

REFERENCIA: PROTOCOLO: "LA GRATITUD Y EL TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS", INEN 18-70

ASUNTO: REVISIÓN Y APROBACIÓN

Mediante el presente, tengo a bien dirigirme a usted para informarle que los Miembros del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIE) del INEN, **REVISAN Y APRUEBAN** la siguiente documentación remitida del protocolo en referencia:

- Proyecto de Investigación
- Consentimiento Informado

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,



DR. ARGIRO CORTÉS SÁNCHEZ
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

c.c.: Archivo
L.C.

Alarcón

Declaración Jurada

El día 30 de julio del 2018, yo, Jessica Cidia Núñez Mondéjar con DNI N° 72394444 asistí a una entrevista con el Dr. Reynaldo Alarcón, autor de la Escala de Gratitud. La reunión tuvo lugar en el domicilio en Lima del autor.

El Dr. Alarcón revisó mi proyecto de tesis: “La gratitud y el tiempo desde el diagnóstico como predictores de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos”. Después de haber comentado acerca del proyecto y expresado su aprobación verbal para el uso de la Escala de Gratitud en la recolección de datos del proyecto, el autor procedió a leer un documento redactado por mí que tenía el propósito de obtener su aprobación por escrito para la aplicación de dicha escala.

No obstante, por motivos ajenos a la investigación, el autor se negó a firmar una constancia por escrito. El Dr. Alarcón afirmó no estar de acuerdo con los criterios del documento leído, que implicaban la intervención de la universidad para una posible sanción en caso de que yo no cumpliera con los criterios éticos de la investigación. El autor interpretó que él también podría ser acusado por la universidad en caso de él cometer alguna falta y alegó no tener interés en involucrarse en problemas legales con la institución educativa. Propuse redactar otro documento en el momento, que reflejara por escrito el deseo del autor de brindar su aprobación para el uso de la Escala de Gratitud. Sin embargo, el Dr. Alarcón se negó a la opción, alegando no tener la costumbre de firmar ese tipo de documentos y afirmando que su consentimiento verbal sería suficiente.

A pesar de negarse a la elaboración de un documento escrito, el Dr. Alarcón reiteró su aprobación verbal para el uso de la Escala de Gratitud en el proyecto de tesis mencionado, bajo la condición de que se cumplan los criterios éticos en el uso de los instrumentos psicológicos. Asimismo, expresó disposición en el futuro para resolver consultas acerca del proyecto de investigación.

Jessica Cidia Núñez Mondéjar

29 de agosto del 2018

APÉNDICE 9: Permiso de uso de la CES-D

Escurra Mayaute Luis Miguel  7:14 PM 

Adaptación del CES-D
To: Jessica Cidia Nuñez Mondejar

Hola Jessica, te envío la información solicitada.

Saludos

Luis Miguel Escurra M.


Análisis
Psicom...DO.pdf


ESCALA CES-D
ADAPT...A.doc

Marcelino Riveros June 30, 2018 at 9:47 PM 

Re: Permiso para utilizar la adaptación de la prueba CES-D
To: Jessica Cidia Nuñez Mondejar

tiene Ud el permiso correspondiente

[See More from Jessica Cidia Nuñez Mondejar](#)





APÉNDICE 10: Consentimiento informado

Yo, _____, de _____ años de edad, acepto voluntariamente participar en la investigación realizada por Jessica Cidia Núñez Mondéjar perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima, con el fin de realizar el proyecto de tesis titulado: “Gratitud y tiempo desde el diagnóstico como predictores de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos”.

- Este proceso consiste en la aplicación de lo siguiente:
 - Ficha sociodemográfica
 - Escala de Gratitud de Alarcón (EGA)
 - Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)
- No se revelará la identidad del participante en ningún momento del proceso ni después de este.
- Se accederá a la historia clínica del participante en caso de que se tiene la necesidad de recolectar o corroborar los datos de la ficha sociodemográfica.
- La información obtenida en las sesiones será discutidas solamente con el profesor del curso en las clases y asesorías correspondientes, manteniendo siempre el anonimato del participante.
- Terminado el proyecto, las pruebas y los datos de los participantes serán eliminados.
- No se entregará resultados individuales, pero una vez culminada la investigación se podrá contactar al correo electrónico del investigador para obtener resultados generales.
- El participante podrá retirarse del proceso en cualquier momento si así lo desea.

Para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes contactar con el Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN: Dr. Arístides Juvenal Sánchez Lihón y los siguientes datos del CIEI: teléfono 201-6500, Apéndice 3001 y correo electrónico: comité_etica@inen.sld.pe.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Fecha

Firma del participante

Firma del entrevistador

Nombre: Jessica Cidia Núñez Mondéjar

Correo: 20130908@aloe.ulima.edu.pe

Información del Departamento de Psicología:

Telf. 201-6500 Apéndice: 2267 2° piso Oficina 202



APÉNDICE 11: Supuesto de multicolinealidad de las variables independientes

Tabla 13

Estadísticos de multicolinealidad

	Tolerancia	VIF
Tiempo desde el diagnóstico en meses	1.0	1.01
Puntaje de reciprocidad	.67	1.50
Puntaje de obligación moral	.62	1.62
Puntaje de cualidad sentimental	.91	1.10

Tabla 14

Diagnósticos de multicolinealidad

Di- men- sión	Au- to- va- lor	Índice de con- dición	(Cons- tante)	Proporciones de varianza			
				Tiempo desde el diag- nóstico en me- ses	Puntaje de reci- proci- dad	Puntaje de obli- gación moral	Puntaje de cuali- dad senti- mental
1	4.3 7	1.00	.00	.02	.00	.00	.00
2	.55	2.81	.00	.97	.00	.00	.01
3	.07	8.18	.01	.01	.01	.01	.92
4	.01	28.91	.97	.00	.14	.28	.00

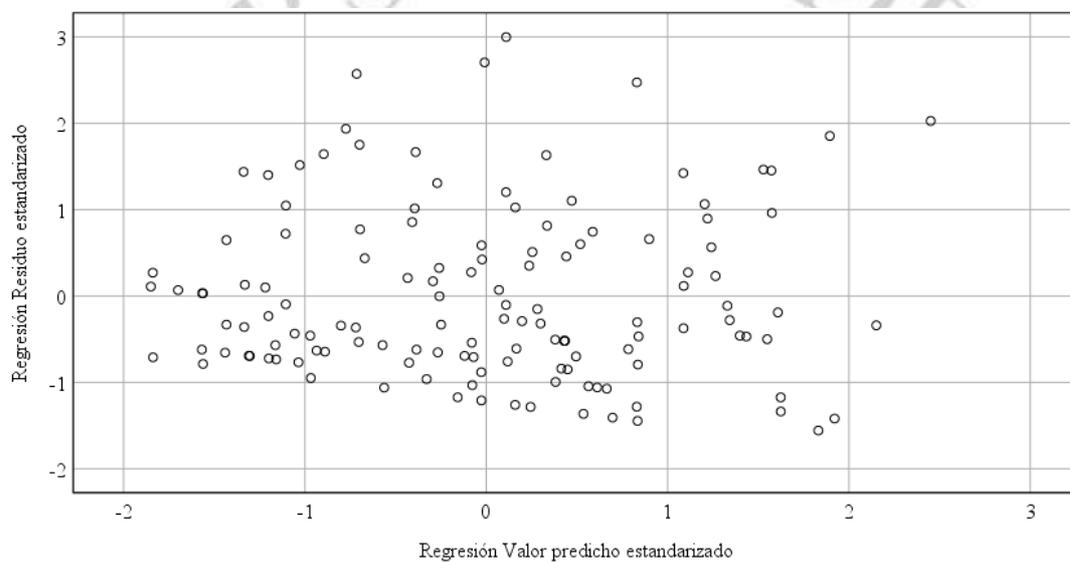


APÉNDICE 12: Supuestos de regresión lineal múltiple (Factor Depresivo)

1. Independencia de errores

El Coeficiente de Durbin-Watson ($DW = 1.92$) de la variable dependiente se encuentra entre 1.5 y 2.5, confirmando la independencia de los residuos (Field, 2013).

2. Homocedasticidad



3. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para el Factor Depresivo

Figura

APÉNDICE 13: Supuestos de regresión lineal múltiple (Pérdida de Interés)

1. Independencia de errores

El Coeficiente de Durbin-Watson ($DW = 1.95$) de la variable dependiente se encuentra entre 1.5 y 2.5, confirmando la independencia de los residuos (Field, 2013).

2. Homocedasticidad

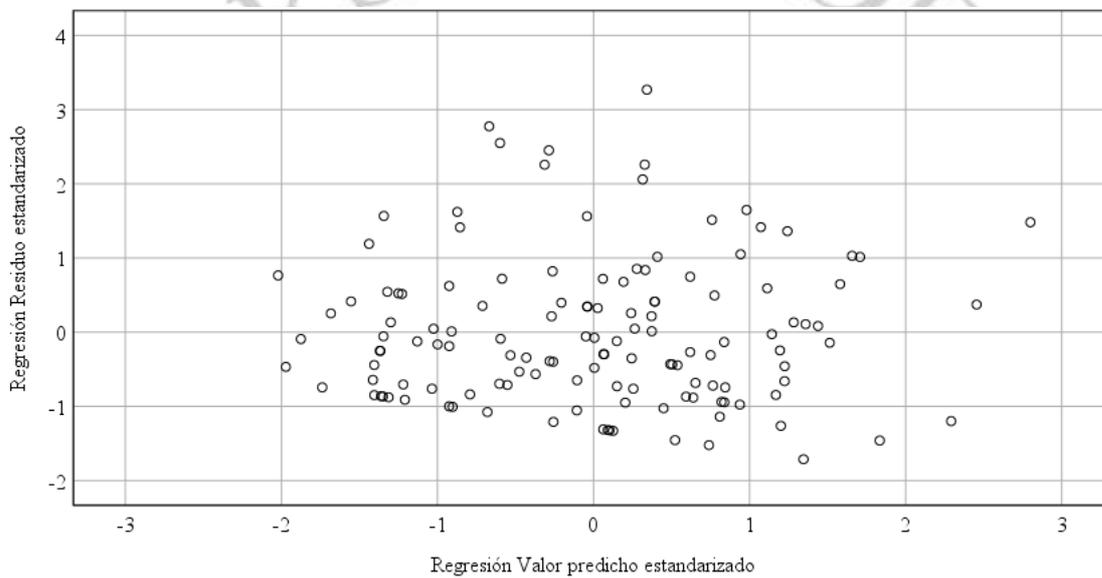


Figura 4. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la Pérdida de Interés

APÉNDICE 14: Supuestos de regresión lineal múltiple (Actividad Disminuida)

1. Independencia de errores

El Coeficiente de Durbin-Watson ($DW = 1.95$) de la variable dependiente se encuentra entre 1.5 y 2.5, confirmando la independencia de los residuos (Field, 2013).

2. Homocedasticidad

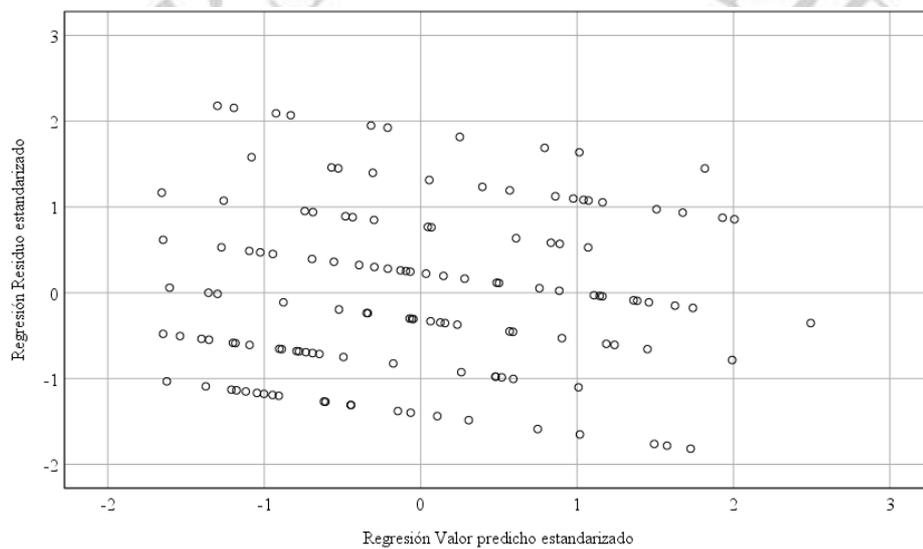


Figura 5. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la Actividad Disminuida