



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
CALLAO 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Jessica Esther Tello Torres

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Docente asesor:

Dra. Evelyn Alina Anicama Navarrete
Código ORCID N° 0000-0003-1164-2079

Chincha, Ica, 2022

Asesor

DRA. EVELYN ALINA ANICAMA NAVARRETE

Miembros del jurado

- Dr. Eladio Damián Angulo Altamirano
- Dr. José Jorge Campos Martínez
- Dr. Hernando Martin Campos Martínez

Dedicatoria

El desarrollo del estudio de investigación presente, se lo dedico a todas las personas que forman parte del estudio de manera directa e indirecta, dado a que permite ampliar el conocimiento en bienestar de la sociedad.

Agradecimiento

A Dios, por su inspiración y aliento para alcanzar sus sueños.

A mi familia, por su compañía y apoyo en la consecución de mis metas académicos, y profesionales.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. **Metodología:** Se siguió una metodología cuantitativa, de diseño no experimental, nivel descriptivo correlacional y además con demostración de asociación entre las variables, ejecutando los instrumentos de evaluación de los niveles tanto de apoyo familiar, como de la depresión. **Participantes:** Los cuestionarios sirvieron de aplicación en 153 pacientes con tratamiento oncológico. **Resultados:** Se observa que el 45,10% (69/153) de los pacientes evaluados presentan un nivel muy alto de Apoyo Familiar; contrariamente el 27,45% (42/153) lo posee en un nivel muy bajo, el 16,99% (26/153) de ellos posee un nivel alto y el 10,46% (16/153) posee un nivel bajo de Apoyo Familiar. Respecto a la Depresión, el 30,72% (47/153) de los pacientes encuestados tienen un nivel grave de Depresión, mientras el 23,53% (36/153) de ellos alcanzan un nivel moderado, y el 22,88% (35/153) tanto para el nivel leve como para el nivel de no depresión. **Conclusiones:** Existe relación inversa y significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021, dado un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,348$ y un valor de significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$), por lo que cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.

Palabras clave: Apoyo familiar, depresión, pacientes, cáncer, hospital.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship that exists between Family Support and Depression in oncology patients at the Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. **Methodology:** A quantitative methodology is followed, with a non-experimental design, correlational descriptive level and also with demonstration of association between the variables, developed instruments for assessing the levels of both family support and depression. **Participants:** The questionnaires were applied in 153 patients with cancer treatment. **Results:** It is observed that 45.10% (69/153) of the evaluated patients present a very high level of Family Support; on the contrary, 27.45% (42/153) have it at a very low level, 16.99% (26/153) of them have a high level and 10.46% (16/153) have a low level. Family Support. Regarding Depression, 30.72% (47/153) of the patients surveyed have a severe level of Depression, while 23.53% (36/153) of them reach a moderate level, and 22.88 % (35/153) for both the mild level and the non-depression level. **Conclusions:** There is an inverse and significant relationship between family support and depression in cancer patients at the Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021, given a Rho Spearman connection coefficient of $r = -0.348$ and a significance value of $p = 0.000$ ($p < 0.05$), so the greater the Family Support is facilitated, the lower the level of Depression in the cancer patients evaluated.

Keywords: Family support, depression, patients, cancer, hospital.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2.1. Descripción de problema	16
2.2. Pregunta de investigación general.....	19
2.3. Preguntas de investigación específicas	19
2.4. Objetivo general y específicos	20
2.4.1. Objetivo general	20
2.4.2. Objetivos específicos	20
2.5. Justificación e importancia	21
2.5.1. Justificación	21
III. MARCO TEÓRICO	25
3.1. Antecedentes.....	25
3.2. Bases Teóricas.....	31
3.2.1. Apoyo familiar.....	31
3.2.2. Depresión.....	37
3.3. Marco conceptual.....	44
IV. METODOLOGÍA.....	48

4.1. Tipo de investigación.....	48
4.2. Diseño de Investigación.....	48
4.3. Hipótesis general y específicas	49
4.3.1. Hipótesis general	49
4.3.2. Hipótesis específicas.....	49
4.4. Variables.....	50
4.5. Operacionalización de variables.....	51
4.6. Población – Muestra.....	52
4.6.1. Población.....	52
4.6.2. Muestra.....	52
4.6.3. Muestreo	53
4.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de información	54
4.7.1. Técnica.....	54
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos	58
V. RESULTADOS.....	60
5.1. Presentación de resultados.....	60
5.2. Interpretación de los resultados	77
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	100
5.1. Análisis descriptivos de los resultados.....	100
5.2. Comparación de los resultados con el marco teórico	100
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	123
Anexo 1: Matriz de Consistencia Descriptivo Correlacional	124
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos.....	125

Anexo 3: Informe de Turnitin al 28% de similitud	129
Anexo 4: Evidencia fotográfica	138
Anexo 5: Carta de autorización del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Essalud	139
Anexo 5: Constancia de aplicación del instrumento del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Essalud.....	140
Anexo 6: Consentimiento informado firmado por el paciente.....	141
Anexo 7: Data de resultados.....	143

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Baremo de interpretación para el Apoyo familiar</i>	55
Tabla 2. <i>Baremo de interpretación de la variable Depresión</i>	57
Tabla 3. <i>Baremo de interpretación de las dimensiones de la variable Depresión</i>	57
Tabla 4. <i>Sexo de los participantes</i>	60
Tabla 5. <i>Grupo étnico de los participantes</i>	61
Tabla 6. <i>Estado civil de los participantes</i>	62
Tabla 7. <i>Meses de tratamiento</i>	63
Tabla 8. <i>Familiares con quien vive</i>	64
Tabla 9. <i>Familiar contagiado por causa de la pandemia del COVID-19</i>	65
Tabla 10. <i>Familiar fallecido por causa de la pandemia del COVID-19</i>	66
Tabla 11. <i>Nivel de Apoyo Familiar</i>	67
Tabla 12. <i>Nivel de Afectivo Consciente</i>	68
Tabla 13. <i>Nivel de Adaptación Familiar</i>	69
Tabla 14. <i>Nivel de Autonomía Familiar</i>	70
Tabla 15. <i>Nivel de Depresión</i>	71
Tabla 16. <i>Nivel Afectivo de la Depresión</i>	72
Tabla 17. <i>Nivel Motivacional de la Depresión</i>	73
Tabla 18. <i>Nivel Cognitivo de la Depresión</i>	74
Tabla 19. <i>Nivel Conductual de la Depresión</i>	75
Tabla 20. <i>Nivel Físico de la Depresión</i>	76
Tabla 21. <i>Tabla cruzada de las variables: Apoyo Familiar y Depresión</i>	80
Tabla 22. <i>Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión</i>	81

Tabla 23. <i>Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión</i>	82
Tabla 24. <i>Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión</i>	83
Tabla 25. <i>Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Conductual de la Depresión</i>	84
Tabla 26. <i>Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Física de la Depresión</i>	85
Tabla 27. <i>Prueba de Normalidad: Kolmogórov-Smirnov</i>	86
Tabla 28. <i>Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la Depresión</i>	89
Tabla 29. <i>Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión</i>	90
Tabla 30. <i>Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión</i>	92
Tabla 31. <i>Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión</i>	94
Tabla 32. <i>Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión</i>	96
Tabla 33. <i>Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión</i>	98

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Tratamientos psicológicos. Adaptado de Mérida (2012)	43
<i>Figura 2.</i> Sexo de los participantes	60
<i>Figura 3.</i> Grupo etáreo de los participantes.....	61
<i>Figura 4.</i> Estado civil de los participantes.....	62
<i>Figura 5.</i> Meses de tratamiento	63
<i>Figura 6.</i> Familiares con quien vive	64
<i>Figura 7.</i> Familiar contagiado por causa de la pandemia del COVID-19.....	65
<i>Figura 8.</i> Familiar fallecido por causa de la pandemia del COVID-19	66
<i>Figura 9.</i> Nivel de Apoyo Familiar.....	67
<i>Figura 10.</i> Nivel de Afectivo Consciente	68
<i>Figura 11.</i> Nivel de Adaptación Familiar	69
<i>Figura 12.</i> Nivel de Autonomía Familiar	70
<i>Figura 13.</i> Nivel de Depresión	71
<i>Figura 14.</i> Nivel Afectivo de la Depresión.....	72
<i>Figura 15.</i> Nivel Motivacional de la Depresión.....	73
<i>Figura 16.</i> Nivel Cognitivo de la Depresión	74
<i>Figura 17.</i> Nivel Conductual de la Depresión	75
<i>Figura 18.</i> Nivel Físico de la Depresión.....	76
<i>Figura 19.</i> Tabla cruzada de las variables: Apoyo Familiar y Depresión	80
<i>Figura 20.</i> Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión	81
<i>Figura 21.</i> Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión	82

<i>Figura 22.</i> Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión	83
<i>Figura 23.</i> Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Conductual de la Depresión	84
<i>Figura 24.</i> Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Física de la Depresión	85

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades con características de crónicas, como son las patologías oncológicas, por el hecho de desarrollarse en largos periodos de tiempo, generan juntamente otros malestares anexos, tanto a los que las padecen como a sus familiares. Entre estos síntomas que se manifiestan están los que acompañan a las enfermedades de salud mental, como lo es la depresión (National Institute of Mental Health, 2021).

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y depresión para casos de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

La investigación presentada se encuentra estructurada según el esquema diseñado por la Universidad Autónoma de Ica, por parte de la Dirección de Investigación y Producción Intelectual, el cual presenta las siguientes secciones:

El primer capítulo contiene de manera resumida los temas básicos en que se centra el estudio, así como sus objetivos de manera general.

En un segundo capítulo del estudio se encuentra contenido una explicación del entorno en que se desarrolla el problema de investigación, formulándose el problema central y los problemas derivados que abordan el estudio, justificándose la práctica de este y detallándose los objetivos particulares de la investigación.

En el tercer capítulo de la investigación se muestran los estudios que se constituyeron de forma previa al presente, tanto en un espectro nacional como regional e internacional. Asimismo en esta sección se mencionan el sustento teórico y conceptual sobre los que se solventa el estudio.

En un cuarto capítulo del estudio se describe el contenido de su enfoque metodológico, es decir los criterios utilizados para desarrollar el proceso investigativo de manera formal, lo cual incluye el diseño del estudio, nivel y tipo. Esto va acompañado de la presentación de la manera cómo se ha tomado el muestreo, así como la muestra de la población en estudio en relación con las variables e hipótesis formuladas, las mismas que son expuestas en un cuadro explicativo de su aspecto operacional. También se incluyen la técnica e instrumento

utilizados tanto como para la recolección de los pormenores y del sondeo, como para la observación y explicación de estos.

Para el quinto capítulo se destina el plan de todas las acciones programadas en la investigación en su conjunto a manera de cronograma; para el capítulo siguiente los detalles presupuestarios y para el séptimo y último capítulo las referencias bibliográficas para lo cual se considera la séptima revisión del estilo de las normas APA de citas y referencias.

Los anexos de la investigación contienen convenientemente el cuadro de consistencia del estudio, y todos los instrumentos utilizados.

La autora

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de problema

Las personas afectadas por complicaciones oncológicas requieren el soporte de su familia, para obtener una propia predisposición favorable a su recuperación, afrontando a las posibles consecuencias durante y después del tratamiento, tales como incapacidad, atención de urgencias y apoyo emocional para sobrellevar estados depresivos. Para la consecución de todo ello es indispensable el contacto con los familiares más allegados, y estos entre ellos se deleguen funciones y horarios de visita, pues ayuda mucho al paciente que además de recibir la atención al problema puedan percibir la unidad familiar y momentos agradables.

Existen síntomas depresivos que se derivan del trastorno conocido como adaptativo, dado a que se presenta de manera frecuente en primer orden hasta un 19,4% de los que padecen alguna enfermedad oncológica, dado que de sus tres tipos (depresivo, ansioso o mixto) entre el 16% al 22% de ellos manifiesta la modalidad depresiva (Mitchell, y otros, 2011).

Se calcula que el rango de afectación de los síntomas depresivos alcanza al 15% y hasta el 25% de pacientes que están enfrentando su lucha contra enfermedades cancerígenas. Además los estudios acerca de los cuadros depresivos en cuanto sus niveles e incidencia en algún género en particular carecen de una metodología adecuada. El estrés y conmoción llega a afectar de las emociones, generan estrés y otros síntomas perjudiciales entre los que se encuentra la depresión tanto en lo pacientes de cáncer directamente como en los familiares de manera indirecta (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

Por todo ello, es trascendente el soporte que ofrece un entorno familiar a favor de las necesidades de la persona aquejada de cáncer, como por ejemplo el aporte de un clima agradable que le facilite realizar diversas tareas, llegando a evitar que se sucedan los cambios drásticos propios de la enfermedad, superando de esta manera su abatimiento. Es menester que los parientes de los enfermos de cáncer tengan conciencia de su capacidad

de propiciar un genuino y conveniente clima agradable, dado que es usual conocer casos de abandono familiar, por causas del estrés del trabajo, problemas en las relaciones, angustia por el internamiento, entre otros problemas, que no se resuelven debido a la falta de información y orientación de los integrantes del grupo familiar cercano (Puerto, 2017).

La asistencia de los parientes cercanos genera una reacción en el proceso de cura o mejoramiento del sujeto aquejado por el cáncer. Se necesita a la familia, la cual se torna en un verdadero soporte para la modificación y variación psicológica efectiva. Llegar a convertirse en dos personas en lugar de una, posibilita al paciente oncológico el sobrellevar la dolencia con gratificación o sino padecerla en su total realidad (Alvarado, Romero, & Salas, 2018).

En la práctica actual se considera que una adecuada asistencia de la familia puede generar mejoras trascendentes y positivas para el enfermo de cáncer, sin embargo, de no darse este apoyo familiar, se manifestará una atmósfera negativa que pueda incluso afectar al personal que interviene al paciente y devenir en un deceso. En consecuencia, es de necesidad tener un adecuado auxilio de la familia, que tenga además la responsabilidad de fortalecer al paciente con tratamiento por cáncer, a través del vínculo con el enfermo como miembro integrante del clan familiar (Ovelar, 2016).

El manejo de la asistencia que ofrece la familia posibilita tratar con distintas posiciones y modos de relacionarse con los integrantes del sector hospitalario, guiando a sus familiares tratados por cáncer hacia su comodidad física y estabilidad psicológica. Sin embargo, esta labor resulta difícil a quienes todavía tienen dificultades para manejarse en equilibrio de sus emociones. No todas las familias están en la capacidad de brindar soporte adecuado a sus familiares que siguen su tratamiento en un ambiente hospitalario (Rodríguez J. , 2017).

La mayoría de las dificultades de las familias es originada por un inadecuado control de las situaciones estresantes, sin seguir las recomendaciones y los requerimientos que son detectados por terceros, lo que genera a su vez

malos tratos hacia la persona con cáncer, llegando a acrecentar el malestar y ocasionar un ambiente perjudicial. Ante esta situación, los centros hospitalarios ejecutan programaciones de preparación y soporte a la familia de la persona que padece cáncer (Barbero, Gómez, Maté, & Mateo, 2014).

Respecto al ámbito nacional, se puede observar epidemiológicamente que para el año 2018, en una población delimitada por personas con edades de trece a más años, el 20.7% de ellos que padecían alguna modalidad de trastorno a nivel mental, con mayores prevalencias en las zonas de Pucallpa, Tumbes, Puerto Maldonado, Puno, Iquitos y Ayacucho, y donde se identifica una mayor prevalencia en las zonas rurales del 10,4% siendo esta mayor que zona urbana del país que se encuentra en Lima. Siguiendo estos estudios se revela que se presentan con mayor frecuencia los cuadros depresivos con un promedio de prevalencia de 7,6% en todo el país, siendo más significativos en Iquitos con un 8,8% y Lima rural con un 4%. De este modo se estima cerca de un millón setecientos mil peruanos lidian con la depresión, de los cuales solo consiguen tratarse cuatrocientas veinticinco mil de ellos, y por otro lado cerca de treintaicuatro mil no enfrentan la depresión que padecen, ni con asistencia profesional (Equilibrio y Armonía Psicólogos, 2020).

En lo que al ámbito local se refiere, de modo específico, este trabajo tratará la investigación del soporte de la familia y depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante un periodo mensual del año 2021, tomando en cuenta que últimamente se ha proyectado el desarrollo sostenido de este centro hospitalario, el mismo que brinda atención a muchas personas con cáncer, las cuales necesitan el soporte eficaz y adecuado de sus familias, que les conduzca a su mejoría integral (Hernández C. , 2020).

Con este fin, se busca conocer la situación familiar y personal del individuo enfermo de cáncer para que la asistencia que le otorguen los familiares del paciente sea beneficiosa para su mejoría.

El apoyo de la familia a su pariente integrante del grupo de los pacientes de cáncer brinda la posibilidad de un control efectivo del tratamiento, permitiendo atenderlo ante un desmejoramiento, y de esta manera se pueda restablecer su salud. A causa de esa razón, los enfermos de cáncer necesitan el sostén de su familia, para que lo lleve al logro adecuado de su mejoramiento y a fin de lograr los propósitos médicos (Gorozabel, Loor, & Cedeño, 2020).

El soporte de la familia consiste en un conjunto de destrezas evidentes a fin de tener repercusión en el modo de tratar la depresión del enfermo de cáncer y su cuidado, lo cual causará un efecto positivo directo al proceso de curación. El entusiasmo, dedicación optimista y perseverancia, entre otras competencias específicas que se promuevan en los familiares de un paciente oncológico son una ayuda y complemento al tratamiento a cargo del personal médico y de enfermería, además que tienden a ser replicadas por las demás familias que observan tales actitudes (Celma & Peralta, 2014).

2.2. Pregunta de investigación general

¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?

2.3. Preguntas de investigación específicas

P.E.1: ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Afectiva de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?

P.E.2: ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Motivacional de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?

P.E.3: ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Cognitiva de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?

P.E.4: ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Conductual de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?

P.E.5: ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Física de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?

2.4. Objetivo general y específicos

2.4.1. Objetivo general

Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

2.4.2. Objetivos específicos

O.E.1: Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Afectiva de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

O.E.2: Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Motivacional de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

O.E.3: Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Cognitiva de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

O.E.4: Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Conductual de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

O.E.5: Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la **dimensión Física de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

2.5. Justificación e importancia

2.5.1. Justificación

La importancia del soporte ofrecido por parte del grupo de familia hacia pacientes que lidian con una enfermedad conlleva incluso en algunos casos por su recuperación total al punto que queda el paciente sano. No obstante si bien el entorno y clima de familia sufre una alteración en su ritmo normal y estable cuando uno de los integrantes del grupo adolece de una enfermedad, esto genera cierto descontrol, desesperación, angustia y cambio de ánimo en los familiares, de manera que se sitúan en una posición de ofrecer un conflicto adicional a la enfermedad, incluso hasta se interrumpen secuencias o periodos del tratamiento, en lugar de ser parte de la solución o de aportes para que ello se dé.

Es así que en la vida diaria se asume que en los enfermos de cáncer se genera una rehabilitación y cambios positivos en la salud con un correcto apoyo de su familia.

Por medio de esta investigación se llega a conocer cuánto pueden actuar los familiares frente a la atención de alguna de dolencia presentada en otro miembro de su entorno familiar íntimo o cercano, acciones que se evalúan desde los aspectos de independencia, ajuste y afectividad de manera consciente. De esto se deriva que las en el transcurso de cualquier intervención o terapia se reciba una armonía estable y un intercambio de afecto en sus interacciones o situaciones comunicativas.

De este modo es concluyente que se llega a cumplir con los objetivos de cualquier terapia o plan para el restablecimiento de la salud de manera más eficiente con el aporte de una carga de emociones que transmiten motivación, fortaleza y el disfrute de una vida placentera.

2.3.3.1. Justificación Teórica

En el presente trabajo de investigación, en la que se tiene por finalidad encontrar el nivel de relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes oncológicos, tomando como énfasis las dimensiones

correspondientes al “apoyo familiar”, debido a que se halló resultados más importantes en la aplicación de los enunciados de Minuchin respecto a la terapia de familia, en lo indica que el nivel de asociación de los integrantes de una familia se integra según sus propias normas, llegándose a estructurarse como producto de las formas de interacción de sus integrantes que derivan en la conjunción de necesidades individuales y comunes para su propia comunicación y funcionamiento como familia.

La razón de la aplicación del modelo de orden estructural según un enfoque del sistema familiar orientado a las modificaciones del grupo familiar radica en que estas, al crear campos difusos de observación tanto dentro como fuera del sistema familiar se explican por un nivel de disfuncionalidad, evaluando y disminuyendo síntomas presentados en el grupo de familia como objeto de estudio. Es así como este enfoque orientado al sistema observa en las normas y directrices de la interacción de los miembros del grupo familiar mediante un estudio de causa y efecto, y en su disfuncionamiento ubica los elementos para lograr el necesario afrontamiento de sus debilidad y problemas.

Es así como el presente estudio utiliza como fundamento teórico el paradigma de tipo heurístico, de desarrollo del bienestar de la familia utilizado bajo un enfoque sistémico, el cual ofrece luego de un proceso de intervenciones una adecuación y corrección de conductas más equilibradas hacia los otros subsistemas, en los que se encuentra uno de sus miembros.

2.3.3.2. Justificación Práctica

Una mayor parte de los enfermos que lidian con enfermedades cancerígenas llegan a hospitalizarse producto de alguna complicación causado a su vez por la toxicidad o por los efectos secundarios del tratamiento quimioterapéutico, apreciando modificaciones en su fisiología, cuerpo y emociones, aletargándose el proceso de recuperación debido a que son pacientes afectados en su estado emocional. El paciente oncológico sabe que su vida dependerá de la reacción que manifieste su

organismo al encontrarse sometido a distintas etapas del tratamiento específico según su nivel y parte del cuerpo más afectada.

El proceso de enfermedad oncológica afecta al que lo padece con la generación de emociones que son el reflejo de su adaptación a sus nuevas condiciones que experimenta, y es por ello que el soporte de la familia es relevante en cuanto el paciente se adaptará mejor y percibirá mejor ánimo para afrontar cada etapa de la enfermedad.

De este modo, bajo un sentido práctico se analiza el conocimiento de la asociación observada entre apoyo familiar y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el ejercicio de las diferentes formas de apoyo familiar, es decir, en su dimensión Afectivo consciente, en su dimensión Adaptación familiar y en su dimensión Autonomía familiar.

En este sentido, el estudio que se desarrolla es justificado en el necesitar alcanzar el propósito de distinguir a qué nivel interviene el soporte dado por los familiares en las emociones y ánimo de la persona que padece alguna enfermedad oncológica, a fin de que el psicólogo puede ofrecer responsablemente intervenciones de promoción del soporte emocional hacia el paciente, y de esta forma se disminuyan los niveles de cualquier cuadro depresivo que se pueda manifestar en el proceso de la enfermedad, favoreciéndole en su calidad de vida.

2.3.3.3. Justificación Metodológica

Para la adaptación y aplicación de los instrumentos tanto para las mediciones de la variable Apoyo Familiar, como Depresión, se ha considerado que sus instrumentos que han servido para el recojo de muestras se hayan aplicado en estudios de investigación previos, en las que participan poblaciones con rasgos característicos similares a los de pacientes oncológicos, entre ellos los pacientes hospitalizados, dializados o pacientes con enfermedades crónicas o con tratamiento paliativo permanente.

De este modo, para la adecuación de los ítems de cada una de las tres dimensiones del Apoyo familiar: Afectivo consciente, Adaptación familiar y Autonomía familiar que se encontraban plasmados en el Inventario de Percepción de Apoyo Familiar de Makilim Nunes Baptista que consta de 22 ítems que inicialmente estaban orientados a estudiantes de educación superior, se han aplicado a situaciones propias reales adaptándolos a pacientes con enfermedad terminal, los mismos que han sido debidamente validado en su contenido por juicio de expertos.

Así como para seguir la metodología aplicada en la presente investigación se ha tomado como referencia investigaciones previas, también otros estudios pueden ser aplicados por otros investigadores, llegando a presentar los niveles de validez y confiabilidad necesarios para su uso en otros trabajos de investigación, así como para aplicarlas en pacientes de otras instituciones de salud.

2.3.3.4. Justificación Social

En lo social esta investigación ayudará a analizar y diagnosticar los niveles de ayuda familiar que se les ofrece a los pacientes oncológicos con las limitaciones de los servicios de un hospital nacional. De este modo, este trabajo colaborará a ofrecer información confiable que ayude a predecir de las consecuencias de una mejor ayuda familiar y emocional que favorezca a la disminución de los niveles de síntomas depresivos que padecen los individuos que son intervenidos con un tratamiento oncológico. Así se beneficiará no solamente la salud emocional y psicológica de los pacientes, sino en su bienestar propio y además de la satisfacción de sus familiares, a la vez que se incrementará el nivel de capacitación y ampliará capacitaciones en el personal asistencial encargados en la atención y cuidado.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

En la observación y análisis de fuentes vinculadas tanto en formato virtual como impreso, se han identificado estudios que presentan semejanza con las dos variables principales del presente trabajo, y con el objeto de estudio semejante:

Internacionales

Jiménez (2020) en Querétaro, México efectuó un análisis de la “**Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos**” con el propósito de establecer pruebas de los niveles en que se presenta esta relación. **Metodología:** El análisis de correlación fue llevado a cabo en un periodo transversal de tiempo, perteneciendo el estudio a la clasificación de observacional, por lo que a la muestra calculada de 38 usuarios seleccionados se aplicó una evaluación psiquiátrica para luego ser sometidos a un inventario de percepción del soporte percibido desde sus familiares, así como a la escala de Zung para cuadros depresivos, que luego ambos resultados fueran evaluados con la correlación estadística de Pearson. **Resultados:** Como resultado se halló que el 60,3% (41) de los usuarios que llevan su tratamiento no poseen síntomas depresivos, 32,4% (22) de ellos tiene niveles mínimos y 7,4% (5) a nivel moderado. También, según el apoyo de la familia percibido se tuvo al 75,0% (51) que lo percibieron. **Conclusiones:** Se determina la evidencia una correlación de modo inverso entre ambas variables: apoyo de familia percibido y cuadro depresivo.

Briones y Moya (2020) en Guayaquil, Ecuador estuvieron a cargo de una investigación acerca de las “**Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de confinamiento por COVID19**” con el fin de distinguir las actividades positivas frente al trastorno depresivo analizado. **Metodología:** Desde un enfoque de investigación de carácter mixto, se efectuaron entrevistas de tipo semiestructurada a seis adultos mayores y encuestas a cien de ellos el

inventario de apoyo social percibido de Procidano y Heller y el inventario para síntomas depresivos geriátrica de Yesavage. De similar modo, se aplicó la escala de afrontamiento familiar de Olson, McCubbin y Larsen a 91 familias. **Resultados:** Las evidencias precisan que los síntomas de la depresión fueron incrementados por el confinamiento, y frente a ello los estilos en que se llegan a afrontar con involucramiento familiar inciden directa y evidentemente en una disminución de los cuadros depresivos del adulto mayor.

Pizzinato et al (2020) en Brasil integraron un estudio que lleva por título “**Apoyo Familiar, Apoyo Social e Integración Comunitaria en los Usuarios de la Política Brasileña de Protección Social Básica**” con el objetivo de corroborar los niveles en que están asociadas las dos primeras variables, así como los datos sociales frente a la integración comunitaria. **Metodología:** Luego de seleccionar a 201 mujeres de nivel socioeconómico vulnerable habitantes de dos comunidades asistidas por el programa social PAIF, se les procedió a aplicarles las preguntas sociales y demográficas, así como el inventario de apoyo social y el correspondiente al apoyo familiar percibido **Resultados:** Entre los factores que tuvieron correlación se encuentran la participación de la comunidad, la estima del bienestar recibido, la edad y el tiempo en que dura el programa. De este modo, se logra apreciar un incremento en la integración de los individuos analizados a raíz que se van envejeciendo. **Conclusiones:** Se percibe y siente más aceptación, acogimiento y aprecio en individuos que reciben instrumentos de soporte emocional.

Francia (2018) en Elche, España realizó un estudio titulado “**Estudio comparativo de las mejoras en la calidad de vida, estilos de afrontamiento y ansiedad y depresión entre una intervención cognitivo conductual y otra basada en mindfulness en pacientes oncológicos**” con el **objetivo** de efectuar una comparación entre las dos terapias a nivel psicológico: el Mindfulness y la Cognitivo Conductual. **Metodología:** En este propósito se seleccionó la intervención de 16 personas tratadas en el servicio de oncología del hospital, para la aplicación de las tres pruebas debidamente

validadas: CAEPO para estrategias de afrontamiento, FACT-G para su calidad de bienestar, y HADS para los niveles de depresión y ansiedad, para luego describir sus comparaciones de sus medias en la aplicación SPSS.

Resultados: Se generaron mejorías en los niveles presentados en ambas variables analizadas, observándose para ello las distinciones de nivel significativo entre ambas terapias: Mindfulness para la ansiedad y la Terapia Cognitivo Conductual para la depresión.

Castillo (2017) en Loja, Ecuador realizó su estudio de investigación denominado "***Apoyo familiar y su relación con síntomas de ansiedad o depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 - Loja***" con el fin de distinguir la existencia de síntomas de depresión, de ansiedad y del soporte de familia requerido, y de este modo poder determinar la relación entre todas estas variables en la muestra seleccionada. **Metodología:** Tratándose de una investigación de orden mixto, se analizan datos de manera descriptiva, analizados transversalmente en el tiempo, llegándose a aplicar los tres instrumentos (Inventario de depresión diseñado por Beck, de ansiedad de Hamilton y el APGAR familiar) a sesenta alumnos estudiantes adolescentes con edades entre 12 a 19 años. **Resultados:** Se observó que el 46,7% de la muestra presentan disfunción a nivel de su familia, el 51,7% de ellos transcurren por una ansiedad en nivel moderado y el 50,0% una depresión en niveles bajos o leves. La prevalencia con mayor grado se presentó en edades entre 12 a 16 años. Por todo ello que da demostrado que el gatillante o desencadenante del estado de ánimo negativo en gestantes es la carencia de soporte familiar requerido. En el ámbito correlacional la depresión de las madres gestantes se encuentra una relación significativa ($p=0,000$) y alta con $r=0,769$ y $r=0,713$ entre la ansiedad y depresión respectivamente. **Conclusiones:** La propuesta que surgió de la investigación se centró en una intervención de nivel psicoeducativo a fin de fortalecer el soporte ofrecido por la familia cercana, así como para aminorar los síntomas de depresión y/o ansiedad en su proceso de gestación.

Nacionales

Flores y Larrea (2020) en Lambayeque, Perú efectuaron un estudio al que denominaron “**Apoyo familiar y calidad de vida del paciente en hemodiálisis en la clínica: Instituto Nefrourológico del Norte Chiclayo.2020**” con el propósito de especificar entre estas dos variables el nivel en que se relacionan con significancia estadística. **Metodología:** Con el modelo de investigación cuantitativa, se correlacionó transversalmente los datos recogidos de noventa usuarios de salud atendidos, datos que resultaron de la aplicación de los instrumentos a manera de cuestionario de preguntas o proposiciones para ambas variables principales: calidad de bienestar y soporte de familia. **Resultados:** Se obtuvo que el soporte dado por la familia cercana se manifestó en nivel alto en el 90% de los pacientes, mientras en un nivel bajo en el 22% de ellos; estos valores van de acuerdo con el 55,6% con buena calidad de vida y el 27% con mal estado del bienestar de vida diario. Luego de aplicarse la prueba Chi² se concluye la significancia entre ambas variables.

Bonifacio (2019) en Trujillo, Perú realizó una investigación a la que denominó “**Apoyo familiar y social relacionado con la depresión en adultos mayores en el Centro de Salud Liberación Social – La Libertad 2019**” con la finalidad propuesta de observar la relación entre ambas variables planteadas. **Metodología:** Se consideró medir tanto ambas variables como su relación con el uso del cuestionario de MOS- RODAS para la primera variable y la Escala de Depresión de Yesavage para medir la segunda variable, ambas puestas a ser respondidas por una muestra de 103 individuos con edades mayores o iguales a 65 años. **Resultados:** Es posible hallar que entre ambas variables de estudio se presenta una relación significativa en el ámbito estadístico.

Leyva (2019) en Cajamarca, Perú, realizó una investigación titulada “Percepción del apoyo familiar en los pacientes del Centro de Salud “**La Tulpuna**”, en la provincia de Cajamarca, periodo 2019” con el objetivo de analizar los valores según el nivel de soporte de la familia percibido en dicho centro asistencial. **Metodología:** Bajo una investigación cuyo modelo

cuantitativo que utiliza un diseño no experimental, y nivel a modo descriptivo, se tomó una muestra de la población de manera censal de 50 adultos con edades menores de 61 años, quienes se atendieron en el centro de salud en estudio entre octubre a diciembre del año 2018. La encuesta como técnica permitió el uso del cuestionario que se utilizó para recabar datos fue la del apoyo familiar, el mismo que debidamente fue aprobado como confiable. **Resultados:** Luego de obtener que el 46% de los atendidos acuden desde hace menos de un año, y que el 40% se integra a un grupo familiar monoparental, observa principalmente que el soporte y apoyo por parte de sus allegados parientes ha sido percibido a manera de consideración, respeto y empatía, lo que promueve su terapia médica y restablecimiento de su bienestar. En cuanto al apoyo familiar en general se observa un nivel bueno, y para sus dimensiones se evaluó un 34% de un muy buen nivel Afectivo Consciente, un 48% de mala Adaptación familiar y un 30% de mala Autonomía familiar.

Rodríguez (2019) en Lima, Perú realizó un análisis respecto a “***La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019***” con la finalidad de precisar los grados en que se manifiestan los cuadros depresivos en aquel grupo vulnerable por su terapia oncológica. **Metodología:** Siendo un estudio con enfoque de análisis basado en una estrategia cuantitativa, desarrolla una investigación descriptiva y diseño distinto al experimental en un determinado momento y espacio, se incluyó la participación de 40 adultos es edad senil, tomándose en cuenta su totalidad como muestra, el mismo grupo que respondió a la escala que mide los cuadros depresivos en ancianidad denominada, la misma que tuvo la adaptación limeña respectiva. **Resultados:** Por las respuestas se haya que se alcanza el 60% para un nivel moderado de síntomas que indican depresión, similar nivel (55%) para el área de conocimiento y comprensión, así como el 48% del mismo nivel moderado para la dimensión actitudinal y física, y finalmente lo mismo (48%) en el área emocional y afectiva. **Conclusiones:** La susceptibilidad para hacer frente a los cuadros depresivos es elevada en gran manera.

Gambetta (2019) en Tacna, Perú llevó a cabo una investigación titulada **“Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna, 2017”** con el **objetivo** de hallar los niveles de asociación entre ambas variables presentadas. **Metodología:** A partir de un análisis científico básico, transeccional y a manera diferente de lo experimental, se desarrollaron correlaciones estadísticas. Para ello se tomó en cuenta a 137 usuarios del hospital que padecen cáncer, a quienes se les aplicó eficientemente el cuestionario para la depresión de Beck-II y el denominado COPE según sus siglas en inglés. **Resultados:** Se halló que en los niveles de depresión en tales pacientes con cáncer predomina el nivel mínimo con un 51,09%, seguido del nivel leve con 26,28%, el nivel moderado con 13,87% y el nivel severo con 8,76%. Asimismo, se observó la relación entre los estilos que se utilizan para hacer frente al estrés, así como también se concluye la relación entre el grado de depresión al que alcanzan los enfermos de cáncer con sus estrategias prácticas utilizadas para afrontar sus niveles de estrés.

Espinoza, Machco y Torres (2017) en el Callao, Perú realizó una investigación titulada **“Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. servicio de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2016”** con el **objetivo** de determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. **Metodología:** Sometido a un esquema cuantitativo de la investigación, se ejecutó de esta de manera descriptiva y prospectiva, guardando un diseño de tipo no experimental, en un proceso de tiempo transversal. Los dos inventarios aplicados fueron los de depresión y ansiedad diseñados por Aaron Beck, conducidos a evaluar a la muestra de 52 , representando a los 120 pacientes adultos del área oncológica del nosocomio. **Resultados:** La ansiedad se evidenció en la totalidad de los usuarios que se siguen su tratamiento contra el cáncer, además de los distintos niveles de grave, medio o leves respecto a trastornos de depresión.

3.2. Bases Teóricas

3.2.1. Apoyo familiar

3.2.1.1. Definición de Apoyo familiar

A nivel de la familia, el apoyo o ayuda guarda correspondencia con la unión del grupo familiar en el transcurso del desarrollo de una enfermedad, incapacidad y el auxilio de alguno de sus integrantes. A estos integrantes del grupo les corresponde brindar a su pariente su soporte emocional, y sostener con él una relación adecuada, ser parte de sus cuidados y realizar coordinaciones con otros integrantes del grupo familiar a fin de darles información y pedirles apoyo si la situación lo amerita. Respecto al soporte de la familia, el pariente que toma el encargo de atender a su par tiene un papel bastante preponderante.

Del Corral (2016) sostiene que se considera a la familia como un soporte absoluto, el cual da sosiego y brinda seguridad de equilibrio a sus miembros o integrantes. Asimismo, la familia brinda afecto, el cual es el cimiento de la estabilidad de las emociones y un escenario en el cual se puedan erigir nuestras vidas. Un hogar o grupo familiar se compone de individuos o personas que van a ser nuestro modelo de desarrollo durante toda nuestra existencia, los mismos que nos protegen, nos orientan, nos asisten, así como nos muestra la sociedad, la manera de comprenderla, y entenderse uno mismo. Los integrantes del grupo familiar vienen a ser el cimiento sobre el cual se va a construir nuestra personalidad, así como nuestros sentimientos.

En este aspecto, los vínculos de familia se consolidan mucho más si se ofrece la ayuda de esta, por medio de las manifestaciones de amor y aprecio entre sus miembros, obteniendo con ello una mayor unidad y ofreciendo el equilibrio de sus emociones al pariente que atraviesa situaciones adversas.

Luna (2014) ofrece la conceptualización acerca del soporte y ayuda de familiares allegados, aportando la idea de aptitud y destrezas que posee

el grupo de familia para propiciar el desarrollo y superación de los miembros que lo conforman, al mismo tiempo que se les proporciona confianza y apoyo para la estimulación de su imaginación, proporcionándose también el aspecto de afectividad, a fin de conocer e intentar colmar la necesidad de sus miembros.

De acuerdo con lo que refiere García (2011), se entiende por “apoyo familiar” a toda acción gestada por una persona en quien se confíe, la cual tiene un compromiso con la situación del paciente, pudiendo ser este parte de su familia sanguínea o una amistad. La relación del pariente que se encuentra a cargo del paciente puede ser su madre, su progenitor, hijos, conyugue, mujer o pareja hombre, abuelos, tíos o algún otro pariente encargado, incluso alguna otra persona que no guarde vínculo sanguíneo con el paciente.

Es considerado el apoyo de la familia como el cimiento de los distintos sistemas de ayuda social. El grupo familiar es tomado como una agrupación de soporte muy relevante, la cual las personas consideran tomar en cuenta. Por esta razón, constantemente los sujetos que forman parte un grupo familiar funcional poseen destacadas escalas de bienestar, a causa de los elementos tanto sentimentales como físicos obtenidos de este, ofreciéndose así el crecimiento y establecimiento de normas para la sociedad. Así, el grupo de familia está concebido a manera de grupo elemental de correspondencia en el mundo y una clase de institución natural absoluta y de mayor duración (Hidalgo, 2005).

Según Baptista y Oliveira (2004), el apoyo de la familia está expresado a través de actos como demostración de consideración, afecto, conversación, correspondencia entre las definiciones de libertad, afecto e independencia entre los miembros del grupo familiar. De este modo, se infiere que todo soporte o ayuda de la familia necesita manifestaciones firmes en afecto, tomando en consideración la independencia de los integrantes del grupo familiar, desarrollando vínculos de mayor proximidad.

Según Báñez, Blasco y Fernández (2003), el apoyo de la familia es asumido como el conjunto de actos primordiales ejecutados por uno o más integrantes del grupo de familia; acciones tales como muestras de afecto, apego y adhesión a una agrupación. Estos actos están demostrados en manifestaciones reales de amor, ayuda para el bienestar, sostén de la economía, así como distintas maneras en proporcionar la ayuda necesaria a fin de que su pariente tenga mejoría.

Por lo regular, la ayuda de la familia es una acción de correspondencia entre sus integrantes, quienes poseen la intensión y ansias de dar su apoyo al miembro familiar que lo requiera, dando siempre prioridad a la salud física y mental del sujeto afectado, brindando así su propio espacio elemental con el objeto de lograr esta meta.

3.2.1.2. Teoría de Funcionamiento Familiar según el modelo circumplejo de Olson

Se entiende a la función de la familia como las labores y quehaceres que los integrantes del grupo familiar realizan según el lugar y rol que le corresponda en el núcleo de la familia.

Según Olson (1989; 2000) en la observación de la actividad de la familia se pueden analizar las seis funciones elementales de acuerdo con el modelo circumplejo de adaptación, siendo estas:

- **Comunicación:** Es el cometido elemental del núcleo familiar, el cual posibilita dar amor, apoyo y poder. En todo grupo familiar se emplea una comunicación propia, la cual no es posible que sea reconocida por algún foráneo; y es empleada con el fin de llevar a cabo el resto de sus obligaciones.
- **Afectividad:** Es el vínculo de afecto o sentimiento existente en los integrantes del grupo familiar. Constituye un funcionamiento básico desde el cual es transmitida una fracción de la ayuda necesaria cuando transcurren circunstancias difíciles.

- **Apoyo:** Es la actitud que se manifiesta cuando el grupo familiar brinda la ayuda a los integrantes que la necesitan. Este apoyo viene a ser de tipo afectivo, social o financiero. A través de este es posible solucionar eventos de conflicto o anular periodos de dificultades personales o problemas compartidos por toda o parte de la familia. El establecimiento, organización y distribución de los medios para hacer llegar el apoyo se requiere de la participación los integrantes de la familia, según el rol que le ha sido asignado. Este soporte se inicia en el momento de sentir la conexión con el grupo familiar, y luego el tener conocimiento de aquello que participa como agrupación, tales como ideologías, planes y sentimientos en común.
- **Adaptabilidad:** El grupo familiar está expuesto a variaciones debido a que es una agrupación dinámica que conserva vínculos internos y externos. La razón de eso es posible que se deba al transcurrir de los distintos periodos de la fase inicial.
- **Autonomía:** El total de miembros del grupo familiar requiere de determinado nivel de autonomía, la cual propicie su progreso y madurez. El grupo familiar determina su independencia por medio de sistemas que establezcan distinciones entre la autonomía y la no autonomía, no únicamente al interior de la agrupación de la familia sino con su ámbito externo.
- **Reglas y normas:** Los grupos familiares instauran preceptos y pautas de conducta, las cuales admiten sostener por medio de la disciplina, armonía, así como el comportamiento de sus integrantes en el ámbito interno del grupo familiar. En los grupos familiares hay reglamentos propios y determinados de manera claramente especificada; dichas normas son solamente reconocidas e identificadas por los grupos familiares.

Para Olson (1989; 2000) se entiende a la homeostasis familiar como la interrelación dada entre sus integrantes, facilitando está la relación física psicológica, impulsando el crecimiento personal y de la familia, dando

lugar de este modo a las modificaciones requeridas sin que se vean afectadas de manera alguna la integración y la estabilidad del grupo familiar.

Incluso, las funciones mencionadas como básicas indefectiblemente tendrán presencia en los vínculos entre los integrantes de la familia, a razón de encontrar la estabilidad e integración al interior de este. Con la finalidad de alcanzar su deseo de establecer una buena comprensión en el grupo familiar, es necesario el deber y el involucramiento del total de integrantes. (Villalobos, 2018)

3.2.1.3. Dimensiones de apoyo familiar

a) Dimensiones del Apoyo Familiar según Baptista (2007)

Baptista (2007), desarrolla una herramienta llamada el Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPFS) la misma que evalúa la observación de las personas respecto a la ayuda recibida de su mismo núcleo familiar. Se consideran como elementos para estimar la escala del soporte de la familia a las dimensiones que se presentan a continuación:

- **Dimensión Afectivo-Consciente:** Es la concerniente a las manifestaciones de afecto, respeto, soporte y solidaridad entre los miembros de la familia, el mismo que es el encargado de proporcionar la ayuda psicológica a fin de que sus integrantes tengan seguridad y protección (Baptista, 2007).
- **Dimensión Adaptación familiar:** Es la referida a la no presencia de conductas y sensaciones de naturaleza negativa concerniente al grupo familiar, como la violencia, coraje y competencia entre los miembros del grupo familiar. Por lo regular, a fin de alcanzar el acondicionamiento de la familia, esta tiene que emplear el total de sus destrezas con la intención de sostener su estabilidad y así desenvolverse de modo conveniente frente a las necesidades o requerimientos (sucesos estresantes y de tensión). Al cumplimiento de lo mencionado está sujeto el funcionamiento de modo equilibrado,

mostrando sujeción y adaptación a las diversas modificaciones y sucesos presentes en toda su existencia (Baptista, 2007).

- **Dimensión Autonomía familiar:** Esta dimensión está ligada a la seguridad, autonomía y reserva en sus integrantes. Se fundamenta en la preservación de la autonomía de los integrantes y en su potestad de decidir de modo autónomo, evitando la afectación del resto de miembros del núcleo familiar (Baptista, 2007).

En la descripción de las dimensiones, Baptista señala la escala o rango del apoyo que ofrece de la familia, indistintamente del evento a hacer frente. La concurrencia de estas familias posibilita la reunión de estas, su organización y enfrentamiento efectivo de sucesos fortuitos. Todo esto lo pueden llegar a realizar los integrantes del grupo familiar, manteniendo constantemente su independencia y flexibilidad ante los cambios, a fin de poder ajustarse a la ascendencia de su entorno y de los distintos escenarios del grupo de familia (Baptista, 2007).

Asimismo, Pinkerton y Dolan (2007) Por su parte desarrollaron otras clases de soporte de la familia, siendo estos: Apoyo familiar concreto: Es el desarrollo de acciones de auxilio en los integrantes del grupo familiar. A saber, brindar el apoyo necesario, en el aspecto monetario, utilitario, ayuda en salud, etc.; apoyo familiar emocional: Este tipo de apoyo guarda relación con la solidaridad, la previsión y la consideración, recomendación, útiles para situaciones de mucha dificultad y para la toma de resoluciones en el ámbito de la familia, así como la estimación o ayuda absoluta del grupo familiar.

A partir de la composición de los dos soportes, se origina una fuerte ayuda de la familia, la cual da calidad en salud y confianza al integrante del núcleo familiar quien afronta una dificultad. Se trata de ofrecer una ayuda integral, conjunta en la cual el íntegro de las exigencias sean colmadas en el campo afectivo y material.

Para Manders, Scholte, Jansens y Bruyn (2006) dado que el apoyo de la familia es un procedimiento de apreciación de la ayuda de la familia,

debiendo tomar a consideración los elementos de cordialidad: Aceptación, apoyo y elogios; Hostilidad: Reprobación, maltrato, manifestaciones de cólera, desavenencias de los integrantes, Autonomía: Manifestación de criterios que contribuyan a la resolución de dificultades, Límites ambientales: Vinculados a las disposiciones, interdicciones y normas rectas.

En la ayuda a la familia coinciden distintos elementos, los mismos que serán respetados y ejecutados por los integrantes del grupo familiar. Entre los de mayor trascendencia están la independencia y las demarcaciones del ambiente. Estos elementos propician un buen ambiente en la familia.

3.2.2. Depresión

3.2.2.1. Definición de la depresión

Según Garay (2016), la depresión viene ser una alteración de la mente y es la de mayor ocurrencia y muy frecuente en la nación. Indica que una cantidad importante de aproximadamente 1'700,000 sujetos la sufren en el país, tomando en cuenta que esta alteración es posible se presente de pronto en algún periodo de su existencia. Esto se demuestra en que la población en su mayoría no asume esto como una gran dificultad, no obstante que sus consecuencias van desde una lesión de neuronas hasta el deceso ocasionado por la autoeliminación.

Según Anicama (2015) la información estadística registrada en su estudio es alarmante e indica como predominante a la depresión en adolescentes, la cual sucede en 8 de cada 100 sujetos, en tanto que para las personas adultas los sucesos depresivos aumentan a 12 de cada 100 individuos. Las conclusiones estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental revelan que solamente el 20% de los individuos depresivos tienen apoyo médico, dado que gran parte rehúsa aceptar el padecer este mal.

Según Retamal (1999) la depresión consiste en un trastorno de la voluntad, se basa en su detrimento, con una escala alterable de menoscabo de la predisposición o inconvenientes de poder obtener

agrado en labores cotidianas y continuadas de distintas sintomatologías psíquicas y físicas.

Del mismo modo, Sausa (2017) señala a la depresión como una condición de desaliento, sensación de deshonra y culpabilidad, sentimiento de desacompañamiento, falta de estímulos, lentitud motriz y cansancio, pudiendo convertirse en una alteración psicótica en la cual el individuo es incapaz de obrar con normalidad.

En la selección de males mentales y de la conducta en la CIE-10, la alteración depresiva se halla clasificada entre las alteraciones del ánimo (afectivo) (OPS, 1995). A saber, los síntomas de la depresión son reconocidos por la aparición del ánimo abatido, ausencia de seguridad en uno mismo, el decrecimiento del vigor, la disminución de las labores, de interés y concentración, menoscabo del interés y de la alegría por las cosas.

Es frecuente la presencia de depresión en los individuos, no obstante, del mismo modo como pasa con otras dificultades o sucesos de emociones, gran parte de la sociedad tiene vergüenza o inhibición en sincerarse de que está padeciendo depresión (Preston, 2002).

La rama de la psicooncología se orienta al análisis y observación de los aspectos funcionales en la psicología del paciente oncológico, así como en la de su entorno familiar más íntimo y cercano (Philbrick et al., 2012).

Para el cáncer la ciencia médica ha dispuesto de la mejor manera medidas de tratamiento e intervención que permiten en muchos casos convertir la enfermedad incurable en crónica (Sadock, 2008). Es basado en este aspecto que a la vez se han activado modelos de estudio a nivel psicológico y psiquiátrico que atiendan al paciente oncológico, siempre dirigidos a generar un mejor nivel de bienestar general, haciéndoles frente a las amenazas de cuadros desadaptativos, depresivos o delirantes. (Levenson, 2009).

3.2.2.2. Dimensiones de la Depresión

El inventario o escala orientada a evaluar los niveles depresivos graves y no graves diseñado por Beck es conformado por tres factores o segmentos de la prueba: el emocional – afectivo, el conductual-físico y el cognitivo. De estos tres segmentos se puede realizar una extensión de estas hasta cinco, cada uno con sus respectivos indicadores, de la siguiente manera:

- **Afectiva:** Tristeza, culpa, lamento, irritación.
- **Motivacional:** Descontento y pensamiento suicida.
- **Cognitiva:** Negativismo de su proyección de vida, inquietudes que se somatizan, autorrepresiones por remordimiento injustificado, disgusto de su imagen personal, falta de seguridad en sus decisiones personales, creencias irracionales de sanciones que merece recibir, percepción de frustración de manera permanente.
- **Conductual:** Agotamiento, dilación o aplazamiento del trabajo, separación de los grupos de amistad o grupos sociales.
- **Física:** Disminución de tiempo de intimidad con su pareja, inapetencia por sus alimentos, disminución de masa corporal, pocas horas de sueño.

3.2.2.3. Características o síntomas de la depresión

La sintomatología se presenta de manera distinta según el periodo de vida transitado, su género, por lo que se debe también adoptar estrategias específicas y según el tipo de trastorno asociado. Entre la sintomatología común y general se presentan:

- **Caída del ánimo propio y falta de esperanza:** Donde intervienen la falta de confianza, sensación de cansancio, inseguridad, ansiedad, irritación. Desmoralización significa estar desanimado (RAE, 2021).

Desesperanza es no tener esperanza, tener el ánimo desvanecido ante la esperanza.

- **Acumulación de dificultades personales:** Son evidentes después de que se hayan acumulado, produciendo frustración y se manifiestan con otros síntomas conexos como un incremento en la sensibilidad al rechazo o a las opiniones críticas referidas a su persona.
- **Sentimiento de remordimiento o culpa:** Es el síntoma manifiesto de manera recurrente y continua, a diferencia de la adecuada culpabilidad que se manifiesta en un momento de remordimiento o arrepentimiento intenso por ocasionar daño sin querer hacerlo intencionalmente.
- Producto de la sensación de desesperanza o desmoralización puede ser la ansiedad, que se caracteriza por la agitación, inquietud o zozobra del ánimo (RAE, 2021), debido a situaciones no resueltas.
- **Manifestaciones de emoción que muestran ansiedad, irritabilidad, pesadumbre y falta de ánimo:** Se manifiestan también por las actitudes de recriminarse o criticarse negativamente a sí mismo, debido a una pérdida de autocontrol (Osorio, 2014). La RAE (2021) define a la cólera como enojo o enfado hacia algo o alguien. Para Preston (2002) los sentimientos de soledad, tristeza y en algunos casos hasta molestia por alguna manifestación que implique compañía, son los síntomas de un cuadro depresivo que perjudica con mayor gravedad. Entre otros sentimientos asociados se encuentran los de decepción, sentirse abrumados, melancólicos o sin razón de ser. Las sensaciones físicas son las de pesadez a nivel esofágico y lo conocido familiarmente como “dolor al corazón”.
- **Apatía o anhedonia:** Relacionada por el desgano, desincentivo, desmotivación o disgusto para el desarrollo de alguna actividad o tarea. Es la incapacidad para poder sentir algún tipo de placer (RAE, 2021). La apatía es manifiesta con el desinterés o desmotivación para realizar actividades sobre las que anteriormente le fascinaba realizar a un individuo, retirándose de sus vínculos sociales y disminuyendo su

capacidad para tomar decisiones con el fin de satisfacer sus necesidades básicas.

- **Autoestima y valoración disminuidos:** Proviene niveles bajos de su propia valoración, percibirse poco estimado o valorado e incluso aislado (RAE, 2021). Según ello, la baja autoestima, es no tenerse valoración positiva hacia uno mismo. Las manifestaciones de odio a sí mismo y falta autoconfianza son producto de poca autovaloración, por lo que se perciben como indignos de todo afecto que pudieran obtener.
- **Opinión negativa:** Es el pensamiento o nivel cognitivo el que se distorsiona al punto de tomar una posición negativa o de carácter pesimista, a diferencia de la actitud incluso frente a sus amistades o círculo social producto de la desvalorización propia.
- **Tendencia al suicidio:** Siendo común al proceso depresivo, se vuelve grave debido a la frecuencia en pensar que no existe solución o arreglo visible a las dificultades abrumadoras, llegando al delirio de culpabilidad o desgracia total, percibiendo dolencias que en la práctica no son demostrables, y tratando de terminar con su tormento suicidándose.
- **Falta o disminución del apetito:** Cuando esta se presenta por más de dos semanas se puede pensar a que se ha derivado de un cuadro clínico de depresión, por lo que se puede manifestar en pérdida de peso o estreñimiento.

3.2.2.5. Tipos de depresión

De las varias modalidades o clasificaciones en que puede desarrollarse cuadros depresivos identificados en la CIE-10, destacan por su frecuencia y regularidad los cuatro niveles ordinales: alto nivel, muy alto nivel, moderado nivel y leve nivel, lo cual afecta al que lo padece en variaciones desordenadas de orden emocional, de conducta física y de conectividad (OPS, 1995).

Episodio depresivo leve

Es el cuadro en el que se presenta dos o tres de los síntomas de cansancio o pérdida rápida de energía, falta de motivación en sus acciones diarias o tareas y humor cargado de negatividad.

A raíz de estos dos o tres síntomas se puede desencadenar o desarrollar otros cuatro adicionales por lo menos. Entre esta sintomatología desagregada se tiene a la variación de la sensación de hambre o alimentarse, no conciliación del sueño reparador, dificultad o lentitud en la locomoción o movilización, niveles mínimos o leves de concentración, pensamientos de su muerte con irracionalidad de sus pensamientos, remordimiento, autodesconfianza y débil estima propia.

Episodio depresivo moderado

La medición que se dispone para considerar el nivel moderado a los episodios depresivos depende de que la sintomatología se incremente en cantidad mayor o igual a cuatro, entre ellos el sentirse inútil e incapaz de realizar actividad alguna.

Episodio depresivo grave

La disminución de sus niveles autoestima en el paciente, acompañado con remordimiento en diversos grados, ideas de suicidio con fundamentos no racionales, entre otros son los ocho síntomas que por medio del seguimiento y estudio de los mismos se puede establecer el diagnóstico de un cuadro depresivo de consideraciones con características graves.

3.2.2.6. Tipos de tratamiento de la Depresión

Terapias Psicológicas

Entre las terapias y la realización de las intervenciones aplicadas para salir de los cuadros depresivos se considera a la entrevista dialogada entre el profesional psicólogo que atiende el caso y su paciente, siendo las técnicas utilizadas en este tipo de tratamiento las verbales. Para

Mérida (2012) el proceso para que el tratamiento sea efectivo se debe enfocar en la tranquilidad, demostrada en la consideración, respeto y tiempo dedicado y ofrecido, considerándosele de por sí un reemplazo a un tratamiento farmacológico. La terapia incluye asistencia y ofrecimiento de conocimientos, lo cual estimula sus emociones y motivación por difundir esta información, haciéndole sentirse con un mejor estado. Entre las diversas estrategias sobresale la de guía de solución paso por paso, confiando en el apoyo del profesional psicólogo especialista.

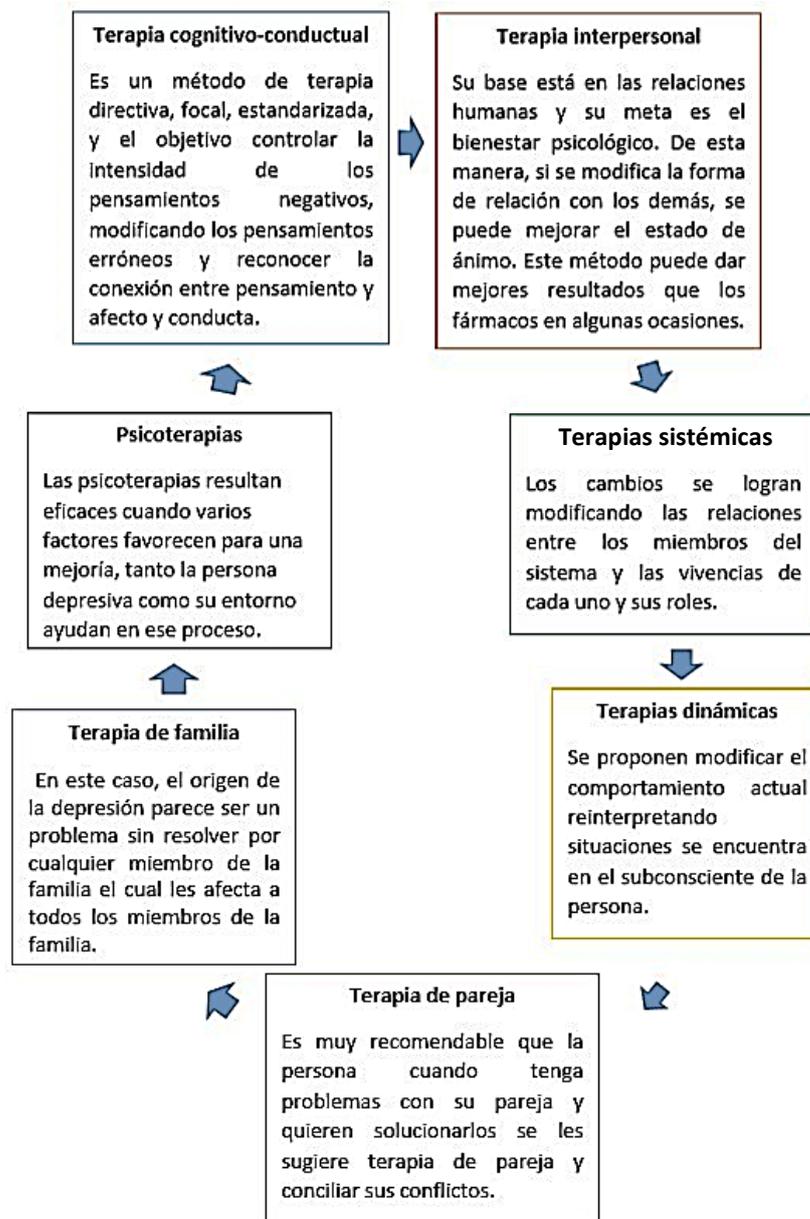


Figura 1. Tratamientos psicológicos. Adaptado de Mérida (2012)

Entre los diversos y variados tratamientos que se pueden llevar de manera paralela de manera conveniente y sin que esto signifique una contravenencia que disminuya o desvirtúe los efectos o propósitos de otro tipo de abordaje psicológico.

Terapia Cognitiva de la Depresión

Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) proponen un modelo, que se encuentra citado por Figueroa (2002), el cual refiere al detalle el proceso de la depresión y la sintomatología característica, al mismo tiempo nos facilita un planeamiento de abordaje esquematizado.

Asimismo, Beck señala un prototipo organizado, el mismo que intenta explicar el funcionamiento cerebral ordinario como otro con la alteración depresiva. Lo cual es un indicador de la presencia de un filtrador que propone variadas circunstancias, a los que Beck llama esquemas, los que tienen el rol de normalizar las explicaciones ordinarias, las que a su vez generan un sentido distinto a los eventos que vivencia.

3.3. Marco conceptual

- **Adaptación familiar:** Es la dimensión del Apoyo familiar referida a la no presencia de conductas y sensaciones de naturaleza negativa concerniente al grupo familiar, como la violencia, coraje, competencia entre los miembros del grupo familiar (Baptista, 2007).
- **Afectivo consciente:** Es la dimensión del Apoyo familiar concerniente a las manifestaciones de afecto, respeto, soporte y solidaridad en los miembros del grupo familiar (Baptista, 2007).
- **Apoyo:** viene a ser un término que nos ayuda a describir el trabajo conjunto y en equipo, el afecto recíproco y la colaboración que se ofrece a personas beneficiadas y en lo que se involucra un beneficio similar a los colaboradores.
- **Apoyo Familiar:** Conocido también como soporte o sostén de la familia, es aquel que se hace manifiesto con la característica de unidad de la familia,

ofreciendo su colaboración y aportes en circunstancias de necesidad para el cuidado, ayuda para el traslado o movilidad, entre otros requerimientos propios del tratamiento o enfermedad (Universidad de Sevilla, 2011).

- **Autonomía familiar:** Es la dimensión del Apoyo familiar en la que se concibe la seguridad, autonomía y reserva en sus integrantes. Se fundamenta en la preservación de la autonomía de los integrantes y ejerzan su potestad de decidir de modo autónomo, evitando la afectación del resto de miembros del núcleo familiar (Baptista, 2007).
- **Calidad de Vida:** Nos expresa del bienestar en general que debe tener cada persona.
- **Depresión:** Comprende una condición de desaliento, sensación de deshonra y culpabilidad, sentimiento de desacompañamiento, falta de estímulos, lentitud motriz y cansancio, pudiendo convertirse en una alteración psicótica en la cual el individuo es incapaz de obrar con normalidad (Sausa, 2017).
- **Depresión afectiva:** Se clasifica así a la que es producto del cambio de estación o iluminación o por hechos que suscitan un cambio en las decisiones o puntos de vista personales (Rodríguez R. , 2015).
- **Depresión motivacional:** Es la depresión manifestada como disminución de los niveles de energía, provocando desmotivación con sus labores o responsabilidades académicas por ejemplo, haciéndose difíciles de efectuar dado a que carecen de objetivos y metas de vida, es decir de orientación de largo plazo (Catalán, 2003).
- **Depresión cognitiva:** Es la depresión en la se experimenta un espectro que incluye negatividad, mal parecer o pesimismo acerca de uno mismo, de su vida futura y de su medio que le rodea. Debido a que este conjunto de tres factores se define como triada cognitiva puede perjudicar en la capacidad con que se valora a sí mismo, desmereciendo su propósito y decayendo su ánimo al punto de menospreciarse altamente y calificarse de manera negativa, lo cual puede llevarlo a presentar deficiencias al concentrarse, a

sentirse motivado, y por el contrario percibir remordimientos injustificados y planeación de quitarse la vida (Dahab, Rivanedeira, & Minici, 2002).

- **Depresión conductual:** Es la depresión que tiene como característica el lamento o llanto, aislamiento, con disminución de su capacidad psicomotriz y con la derivación probable al suicidio, todo producto de mantener vínculos dependientes (Dahab, Rivanedeira, & Minici, 2002).
- **Depresión física:** Es la depresión que ocurre como consecuencia del funcionamiento a nivel de los neurotransmisores, para lo que es necesario una terapia paralela por un especialista en psiquiatría a partir de su diagnóstico. La secuencia de síntomas va desde la hipersomnia o insomnio, variación del apetito bajo o alto, agotamiento, irritación gástrica, alteración del peso bajo o alto, carencia del deseo sexual (Aleteia Team, 2016).
- **Enfermedad:** Es un proceso y afección que tienen algunos seres vivos y que atenta su vida y salud general por verse comprometida por su estado oncológico, lo cual ha podido originarse por varias causas, intrínsecas y extrínsecas y se manifiestan en enfermedad.
- **Familia:** Es la agrupación de personas que están unidos debido a sus vínculos matrimoniales o de parentesco sanguíneo. En el término familia se lleva implícito lo que es vínculo o lazo de filiación sanguínea y coexistencia, incluyendo también la afinidad por adopción.
- **Funcionamiento Familiar:** es la capacidad que poseen las familias para poder adaptarse o ejecutar varios cambios en su vida.
- **Multidimensional:** se llama de esta forma cuando está comprendido en varios temas o asuntos relacionados.
- **Paciente:** viene a ser la persona que siente algún dolor y malestar y, por ende, solicita ser atendido con ayuda profesional, con la finalidad de revertir su estado y reiniciar sus actividades en estado de buena salud.
- **Persona Vulnerable:** Es la persona que está en condiciones no favorables.

- **Rehabilitación:** Está conformada por un conjunto de métodos y técnicas eficaces para devolver la actividad o funcionalidad anterior a un debilitamiento debido al padecimiento de una dolencia o accidente o a su tratamiento.
- **Recuperación:** Acción por la cual una persona regresa a un estado de salud normal. La recuperación consiste en tomar una vida natural y normal.
- **Sistemas de apoyo social:** viene a ser la organización que ofrecen una forma de soporte a alguna persona. Generalmente se refiere a un grupo de empresas, instituciones o entidades que en conjunto realizan alianzas para la consecución de un objetivo común.
- **Soporte efectivo:** nos expresa que se brinda un apoyo económico, de preferencia tangible u otros elementos que favorezcan el desarrollo de un área de la persona favorecida.
- **Soporte emocional:** Es el aporte que ofrece una persona a otra con la finalidad de compartir bienestar, el mismo que se caracteriza además de sensaciones positivas, por las acciones y actitudes manifestadas en confianza, protección, seguridad, empatía, de los cuales la confianza es el considerado más importante por los que requieren apoyo en sus emociones.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

De acuerdo con su finalidad o propósito, corresponde a un estudio de tipo aplicado; al respecto Muntané Relat (2010) menciona que las investigaciones de carácter aplicado favorecen a que se acreciente el conocimiento con fundamento científico dado a que se realizan comparaciones, aplicaciones o contrastaciones de las variables prácticas frente a una realidad específica, con el propósito de evaluar sus resultados.

El enfoque que se ha tomado en cuenta en el presente análisis se desarrolla bajo una metodología de enfoque de carácter cuantitativo dado a que se sustentan en cálculos de orden numérico o matemático, contabilizable o estadístico con el fin de establecer sus correspondientes indicadores (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

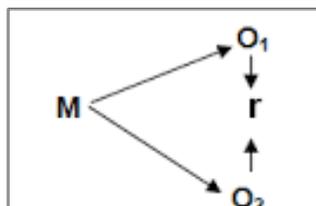
El estudio desarrollado corresponde a un nivel correlacional, debido a que se busca hallar el nivel de asociación o relación entre la variable Apoyo Familiar y Depresión. Regularmente se realizan las presentaciones descriptivas de las variables de los estudios, para luego explicar los niveles de asociación alcanzado, valiéndose de los indicadores correlacionales, para que finalmente se conjeturen sus resultados siempre en relación a las hipótesis (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

4.2. Diseño de Investigación

El desarrollo del estudio no experimental respecto a las variables se basará en una descripción de un hecho en un tiempo o momento específico tanto en su ubicación o espacio geográfico. En el recojo de los datos requeridos para el estudio se realizó de manera transversal, dado que se hizo en un momento determinado, en un periodo de duración menor a doce meses, utilizando técnicas tales como la revisión de documentos, observación, entrevista o encuesta (Bernal, 2010).

El estudio de investigación posee un carácter no experimental, que también es denominada *expos facto* (que precisa que se estudia luego que ocurrieron

los hechos en que se observaron las variables), es aquella en la que además de describir eventos que transcurren en un contexto social y natural, se lleva a cabo sin que el investigador intervenga de manera directa, conceptualizándose y categorizándose sus variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 151).



Donde:

M : Muestra

r : relación o asociación entre las variables observadas

O₁ : Observación de la variable 1 (Depresión)

O₂ : Observación de la variable 2 (Apoyo Familiar)

4.3. Hipótesis general y específicas

4.3.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

4.3.2. Hipótesis específicas

H.E.1: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la **dimensión Afectiva de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

H.E.2: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la **dimensión Motivacional de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

H.E.3: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la **dimensión Cognitiva de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

H.E.4: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la **dimensión Conductual de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

H.E.5: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la **dimensión Física de la Depresión** en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

4.4. Variables

Teniendo como finalidad acercarnos a una información detallada sobre cada una de las variables de estudio, se definen operacionalmente, incluyendo sus indicadores, entre otros datos de relevancia incluidos en la matriz de operacionalización que a continuación se presenta:

4.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
APOYO FAMILIAR	El apoyo de la familia está expresado a través de actos como demostración de consideración, afecto, conversación, correspondencia entre las definiciones de libertad, afecto e independencia entre los miembros del grupo familiar. (Baptista & Oliveira, 2004),.	Baptista (2007) sostiene que el apoyo proveniente de los familiares directos o amistades muy cercanas se ofrecen en un ambiente en que las actitudes mutuas compartidas son de evidente afecto, atención y seguridad, por lo que en su análisis se vinculan tres factores al soporte de familia, que son: afectivo consciente, adaptación familiar y autonomía familiar.	Afectivo consciente	Respeto Apoyo Empatía	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Cuestionario de Apoyo Familiar
			Adaptación familiar	Aceptación Adopción de conductas Desenvolvimiento	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	
			Autonomía familiar	Confianza Libertad Privacidad	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	
DEPRESIÓN	Comprende una condición de desaliento, sensación de deshonra y culpabilidad, sentimiento de desacompañamiento, falta de estímulos, lentitud motriz y cansancio, pudiendo convertirse en una alteración psicótica en la cual el individuo es incapaz de obrar con normalidad (Sausa, 2017)	Construcción hipotética que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognitivo-conductuales (mínima, leve, moderada o severa), medida por el inventario de Depresión de Beck en 21 reactivos.	Área afectiva	Tristeza	1	Inventario de Depresión de Beck
				Culpa	5	
				Llanto	10	
				Irritabilidad	11	
			Área motivacional	Insatisfacción	4	
				Ideas suicidas	9	
			Área cognitiva	Pesimismo frente al futuro	2	
				Sensación de fracaso	3	
				Expectativa de castigo	6	
				Auto disgusto	7	
Indecisión	13					
Auto imagen deformada	14					
Área conductual	Preocupaciones somáticas	20				
	Auto acusaciones	8				
	Alejamiento social	12				
Área física	Retardo para trabajar	15				
	Fatigabilidad	17				
	Perdida de sueño	16				
	Pérdida de apetito	18				
	Pérdida de peso	19				
	Perdida de deseo sexual	21				

4.6. Población – Muestra

4.6.1. Población

Es dada por el agrupamiento de elementos, ya sea grupos sociales, comunidades, instituciones o individuos, de quienes se recogen sus respuestas clasificadas de acuerdo con las categorías del objeto de estudio. La población que corresponde al trabajo de investigación lo conforman 251 pacientes de oncológicos el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, que es la cantidad promedio de pacientes atendidos durante una semana.

4.6.2. Muestra

La muestra se estima a partir de un cálculo de la ecuación diseñada para las características de una población finita, el cual está conformada por 153 pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Para efectos del cálculo de la muestra representativa, se lleva a cabo la aplicación de la siguiente fórmula diseñada para aplicación de una población finita:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Donde:

Z = Nivel de confianza (correspondiente con la tabla de valores de Z).

p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado.

q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p.
Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para p y 50% para q.

N = Tamaño del universo o total de la población (Se conoce que es finito).

e = Error de estimación máximo aceptado.

n = Tamaño de la muestra.

Obteniendo:

$$n = \frac{(251) (1.96^2) (0.50)(0.50)}{(0.05^2) (250) + (1.96^2) (0.50)(0.50)} = \frac{(251) (0.9604)}{(0.625) + 0.9604}$$
$$n = \frac{241.06}{1.5854} = 152.04996$$

$n = 153$

Criterios de inclusión

- Mayores de edad (18 años a más)
- Pacientes oncológicos que hayan sido atendidos en el mes de agosto y setiembre de 2021 del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.
- Pacientes oncológicos diagnosticados, en tratamiento y sin remisión de la enfermedad.

Criterios de exclusión

- Menores de edad con consentimiento informado de sus padres.
- Pacientes oncológicos que lleven su tratamiento en otro centro hospitalario.
- Pacientes oncológicos que no acepten formar parte del estudio.

4.6.3. Muestreo

La técnica de muestreo utilizada en la investigación es probabilística aleatoria simple.

4.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de información

4.7.1. Técnica

Para recabar datos e información relacionadas a las variables y sus factores en estudio, se considera el uso de la técnica de encuesta, dado que en una investigación de carácter social es la técnica base para un recuento sistemático de datos que son medibles a partir de la constitución de una estructura problemática previamente conceptualizada (López & Fachelli, 2015, pág. 8).

4.7.2. Instrumento definir objetivo y escala

A) CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR

Ficha Técnica:

Nombre	: Cuestionario de Apoyo Familiar
Autor	: Baptista (2007)
Adaptación peruana	: Rossana María Barco Pachas (2018)
Procedencia	: Lima, Perú
Forma de Administración	: Individual
Ámbito de Aplicación	: El cuestionario es aplicable para usuarios en atención pública.
Duración	: 20 minutos (aprox.)

Descripción del cuestionario:

Los 22 ítems de modalidad cerrada que conforman el instrumento se estructuran con alternativas de diversas posibles respuestas, diseñadas con la finalidad de observar el grado de soporte ofrecido por la familia en tres factores: afectivo-consciente, adaptación familiar y autonomía familiar.

Calificación:

La calidad de los ítems se efectúa en un lenguaje sencillo y claro de manera que la persona evaluada se identifique con una sola alternativa, que será la que marque. Para la contabilización se ofrecen los valores 1, 2 y 3 para las respuestas “No”, “En parte”, y “Sí” respectivamente.

Luego de las respuestas más cercanas o significativas a su realidad respecto a la percepción del soporte ofrecido por sus familiares cercanos a los participantes que llevan su tratamiento oncológico en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, se suman los valores y adapta a los niveles o categorías establecidas en un baremo.

Baremo:

Para una baremación en base del instrumento se consideran todos los valores alcanzables y medibles por este a partir de una muestra piloto de 50 participantes, lo que a partir de la distribución y suma de sus valores medidos ofrece una interpretación de las dimensiones o factores, así como de sus variables principales.

Tabla 1. *Baremo de interpretación para el Apoyo familiar*

Nivel	Afectivo consciente	Adaptación familiar	Autonomía familiar	Total de Apoyo familiar
Muy bajo	11-18	14-19	10-17	27-40
Bajo	19	20-21	18-19	41-43
Alto	20	22	20	44-45
Muy alto	21	23-24	21	46-48

Fuente: Elaboración propia

Confiabilidad

La coherencia interna del instrumento del cuestionario es calificada por medio de la aplicación del coeficiente estadístico del Alfa de Cronbach a un grupo de pacientes atendidos en el servicio de oncología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Se hizo uso del cálculo del estadístico alfa de Cronbach, evaluándose según los valores de dicho coeficiente de acuerdo con el criterio de Hernández et al (2014), según el cual la fiabilidad para una muestra piloto, obtenida mediante una prueba de confiabilidad que da un índice de 0,804 determina que la consistencia interna de los ítems es **Buena**.

B) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE ARON BECK II – SEGUNDA EDICIÓN (BDI-II)

Ficha Técnica

Nombre	: Inventario de depresión de Beck II (DBI-II).
Autores	: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (2009)
Procedencia	: Estados Unidos de América.
Año en la que se publicó	: 1996.
Adaptación peruana (DBI-I)	: Novara, Sotilo y Wharton (1985) Vega, Coronado y Mazzotti (2014)
Forma de Administración	: Autoadministrable, colectiva e Individual.
Ámbito de aplicación	: 13 años a más (adolescentes y adultos).
Tiempo de aplicación	: 10 a 15 minutos como máximo.

Descripción y objetivo

El cuestionario de depresión diseñado por Aaron Beck y Robert A. Steer y Gregory K. Brown (2009) con su primera publicación en 1961 fue revisada en el 2011 con el propósito de evaluar los cuadros depresivos, para lo cual se apoya en el modelo cognitivo de la depresión producto de sus investigaciones de carácter observacional sistemático (Beck, 1963; 1964; 1967). Esta prueba es aplicable en neuropsicología, en forense o

directamente en el área clínica. Cada una de las 21 factores o categorías se refieren a actitudes o síntomas manifestados.

Calificación:

Para la puntuación ofrecida para todos los ítems del instrumento se consideran los valores del 1 al 4, valorándose a 1 como “muy bajo”, a 2 como “bajo”, a 3 como “alto” y a 4 como “muy alto”.

Baremo:

Para una baremación en base del instrumento se consideran todos los valores alcanzables y medibles por este a partir de una muestra piloto de 50 participantes, lo que a partir de la distribución y suma de sus valores medidos ofrece una interpretación de las dimensiones o factores, así como de sus variables principales.

Tabla 2. *Baremo de interpretación de la variable Depresión*

Nivel	Total de Depresión
No depresión	0-10
Leve	11-20
Moderada	21-30
Grave	31 a más

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. *Baremo de interpretación de las dimensiones de la variable Depresión*

Nivel	Área afectiva	Área motivacional	Área cognitiva	Área conductual	Área física	Total Depresión
No depresión	<4	<2	<8	<3	4	21-24
Leve	4-5	2	8-9	3	5	25-29
Moderada	6	3	10-11	4	6-8	30-34
Grave	7-11	4-6	12-23	5-9	9-15	35-54

Fuente: Elaboración propia

Confiabilidad:

Los resultados del 0,8 del alfa de Cronbach indican el nivel de buen nivel de consistencia interior del instrumento, pero a pesar de estos valores psicométricos los autores recomiendan algunas modificaciones en el día que va a ser aplicado.

Para la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II) Barreda (2019) obtiene la confiabilidad por medio de la consistencia interna del valor del alfa de Cronbach que alcanza a 0,93, mostrando un nivel de consistencia interna 'muy bueno', siendo este más alto al de otros estudios que poseen similar población objeto de estudio, tal como es el caso del valor de alfa de Cronbach de 0,92 hallada por Beck et al (2009) y la de 0,91 de Sanz y García (2013). También se puede mencionar a otros autores como Brenlla y Rodríguez (2006) que exponen 0,88 y Redondo (2015) un valor de 0,89 en muestras clínicas y a González et al (2015) quien observa valores altos en toda su población.

Se hizo uso del cálculo del estadístico alfa de Cronbach, evaluándose según los valores de dicho coeficiente de acuerdo con el criterio de Hernández et al (2014), según el cual la fiabilidad de los ítems del Inventario de Depresión de Beck de 0,812 es **Buena**.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos

Luego de recabada la información de manera sistemática se trasladarán estos a una base de datos en MS Excel, orientándose en orden a las dimensiones o factores de cada instrumento utilizado, para lo cual se hará uso de los valores según la respuesta adoptada, aplicándose las operaciones de suma y agrupación en relación con el baremo preestablecido.

Posteriormente los datos organizados serán trasladados de la misma manera al SPSS en su versión 25, para analizarse sus figuras y tablas como parte de la estadística descriptiva, ofreciéndose los niveles alcanzados por cada categoría y variable general.

Adicionalmente a la estadística de orden descriptivo se utilizará la de tipo diferencial, en la que se aplicará que prueba que le corresponde por no mostrar normalidad en su distribución, es decir la prueba no paramétrica de Spearman, esto es en el mismo aplicativo del SPSS 25, aplicado sobre los valores cuantitativos de ambas variables. Como parte final, y como producto del procedimiento realizado de manera sistemática, los resultados del estudio se muestran como índices de relación entre ambas variables, presentados en tablas.

V. RESULTADOS

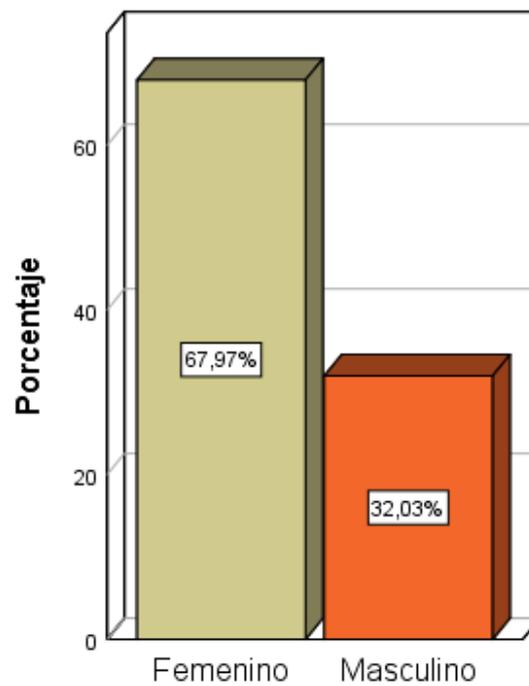
5.1. Presentación de resultados

Tabla 4. *Sexo de los participantes*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	104	67,97%
Masculino	49	32.03%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. *Sexo de los participantes*



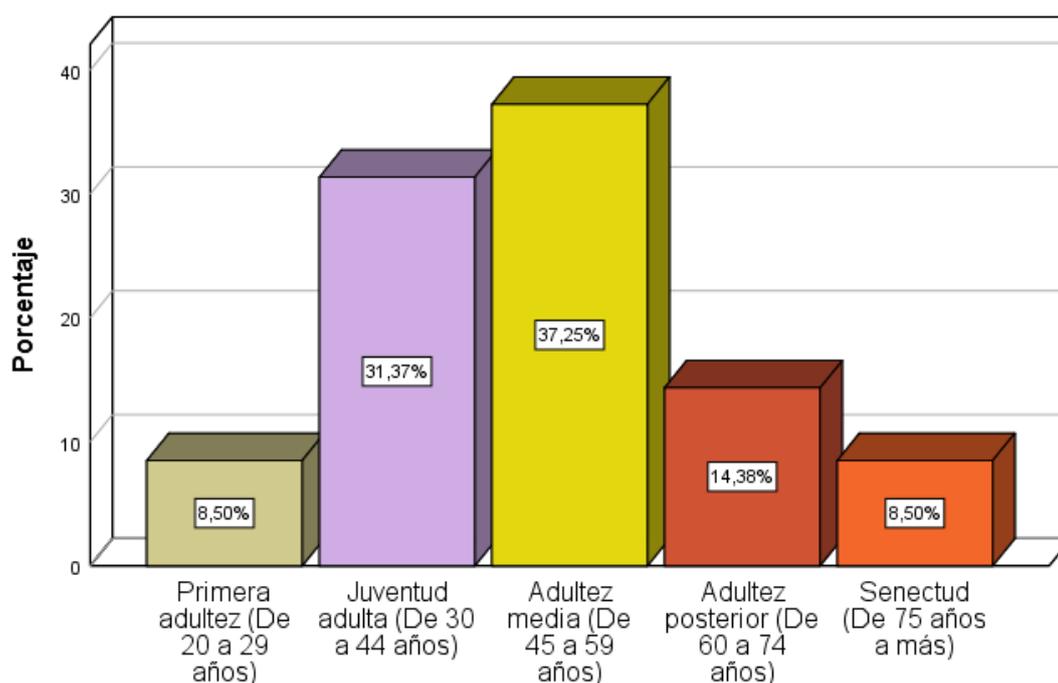
Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Grupo etáreo de los participantes

Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
Primera adultez (De 20 a 29 años)	13	8,50%
Juventud adulta (De 30 a 44 años)	48	31,37%
Adultez media (De 45 a 59 años)	57	37,25%
Adultez posterior (De 60 a 74 años)	22	14,38%
Senectud (De 75 años a más)	13	8,50%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Grupo etáreo de los participantes



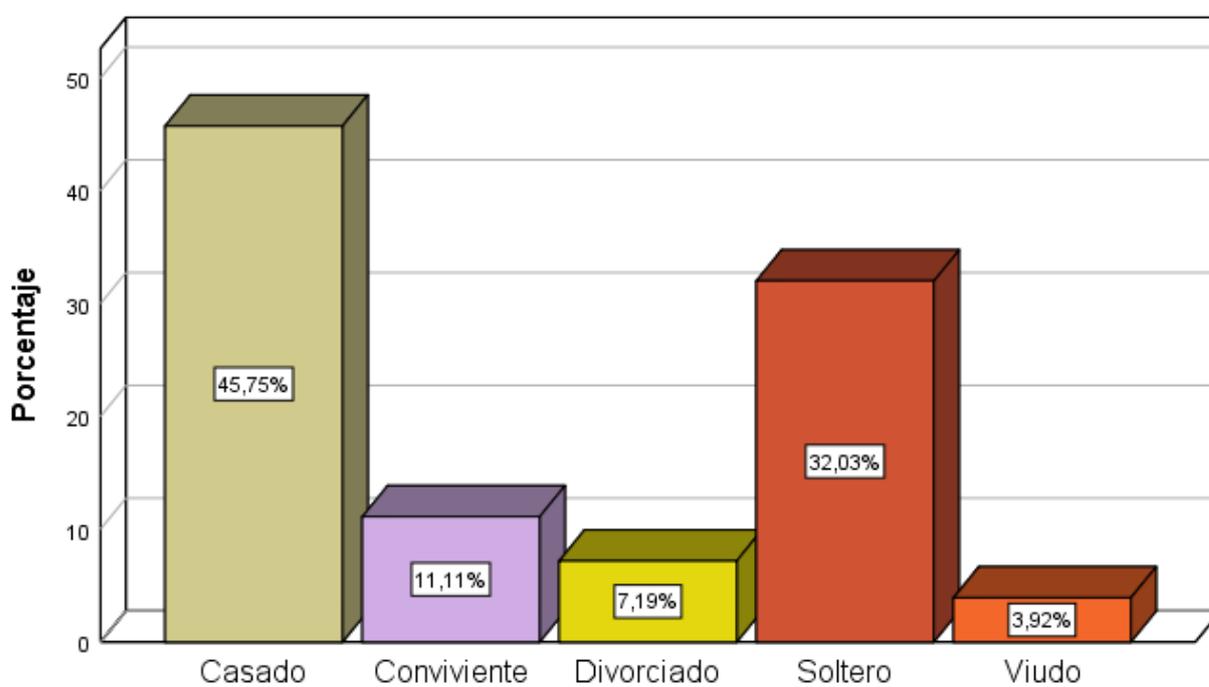
Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. *Estado civil de los participantes*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	70	45,75%
Conviviente	17	11,11%
Divorciado	11	7,19%
Soltero	49	32,03%
Viudo	6	3,92%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 4. *Estado civil de los participantes*



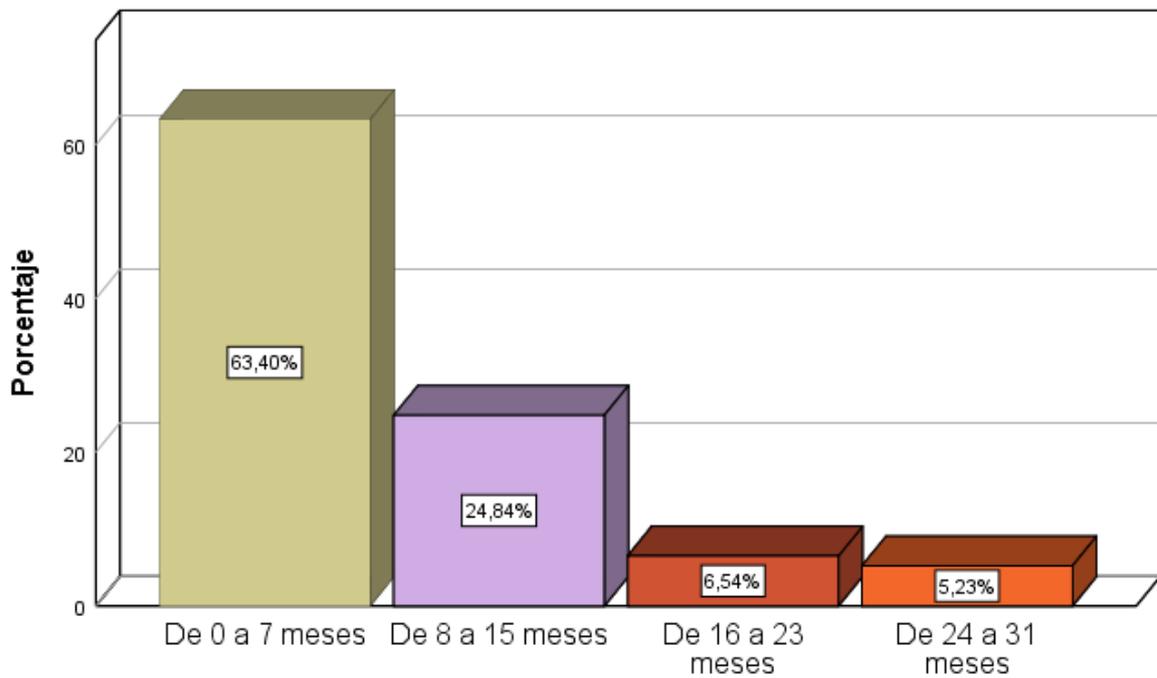
Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. *Meses de tratamiento*

Meses	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 7 meses	97	63,40%
De 8 a 15 meses	38	24,84%
De 16 a 23 meses	10	6,54%
De 24 a 31 meses	8	5,23%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. *Meses de tratamiento*



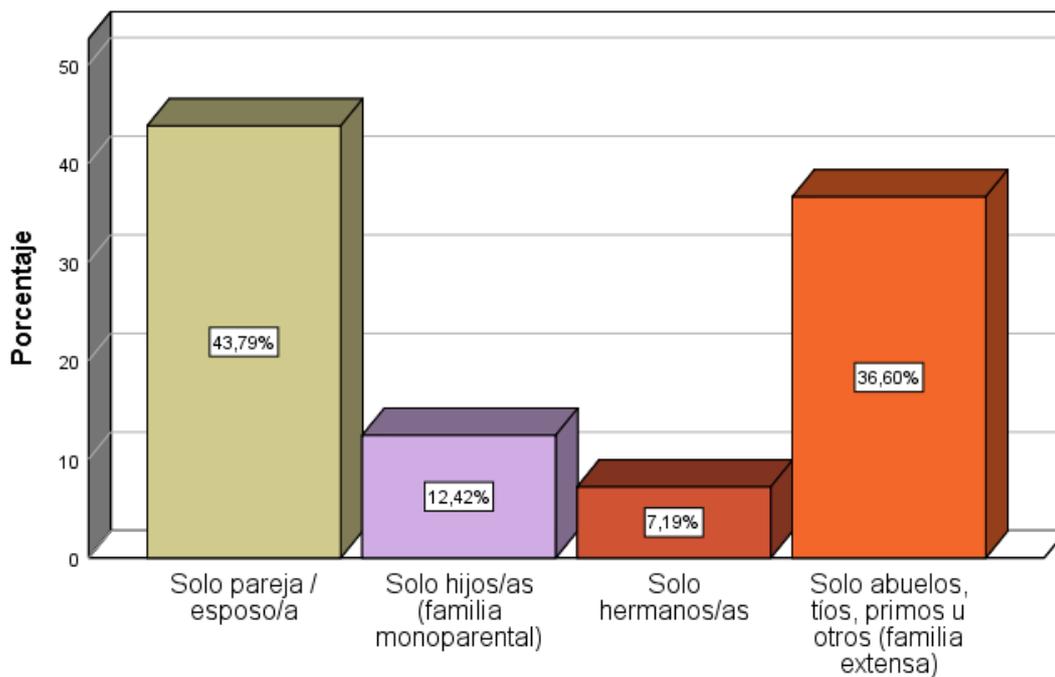
Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. *Familiares con quien vive*

Familiares	Frecuencia	Porcentaje
Solo pareja / esposo/a	67	43,79%
Solo hijos/as (familia monoparental)	19	12,42%
Solo hermanos/as	11	7,19%
Solo abuelos, tíos, primos u otros (familia extensa)	56	36,60%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 6. *Familiares con quien vive*



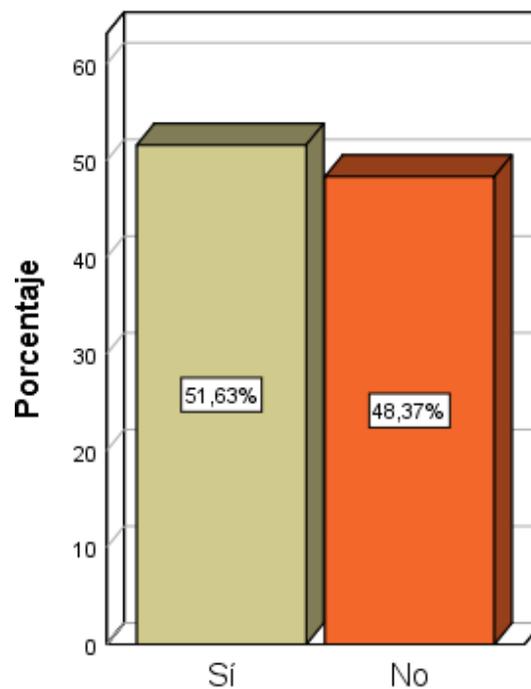
Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. *Familiar contagiado por causa de la pandemia del COVID-19*

Familiar contagiado	Frecuencia	Porcentaje
Sí	79	51,63%
No	74	48,37%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 7. *Familiar contagiado por causa de la pandemia del COVID-19*



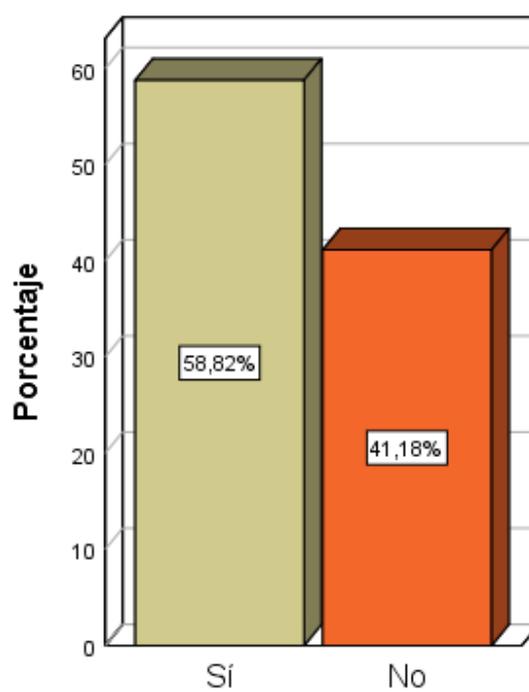
Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. *Familiar fallecido por causa de la pandemia del COVID-19*

Familiar fallecido	Frecuencia	Porcentaje
Sí	90	58,82%
No	63	41,18%
Total	153	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Figura 8. *Familiar fallecido por causa de la pandemia del COVID-19*



Fuente: Elaboración propia

VARIABLE 1: APOYO FAMILIAR

Tabla 11. Nivel de Apoyo Familiar

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo [27-40]	42	27,45%
Bajo [41-43]	16	10,46%
Alto [44-45]	26	16,99%
Muy Alto [46-48]	69	45,10%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 43,54 \approx 44,00$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Nivel de Apoyo Familiar

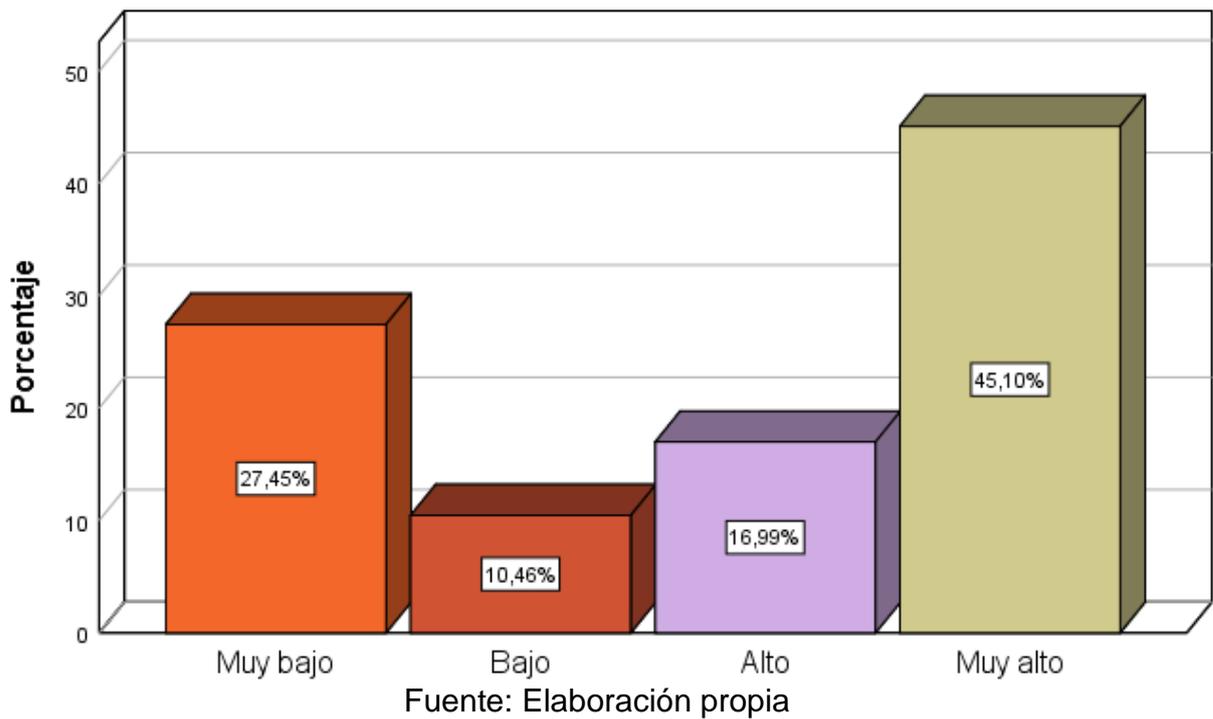


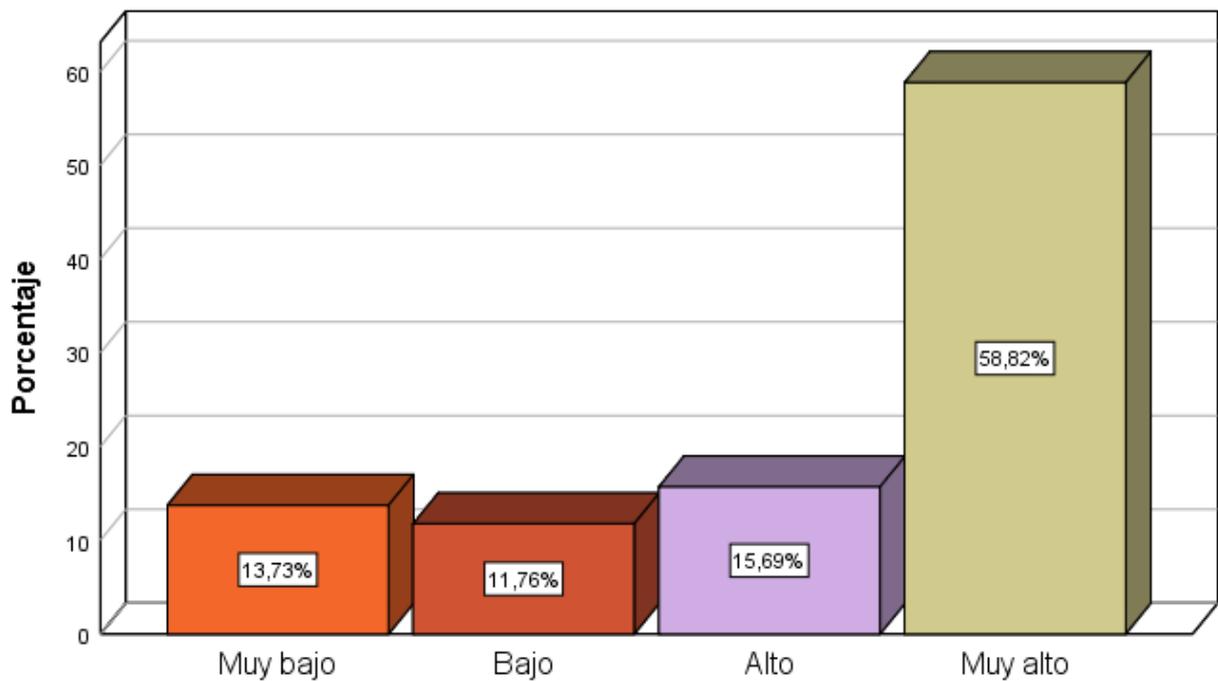
Tabla 12. Nivel de Afectivo Consciente

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo [11-18]	21	13,73%
Bajo [19]	18	11,76%
Alto [20]	24	15,69%
Muy Alto [21]	90	58,82%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 20,03$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Nivel de Afectivo Consciente



Fuente: Elaboración propia

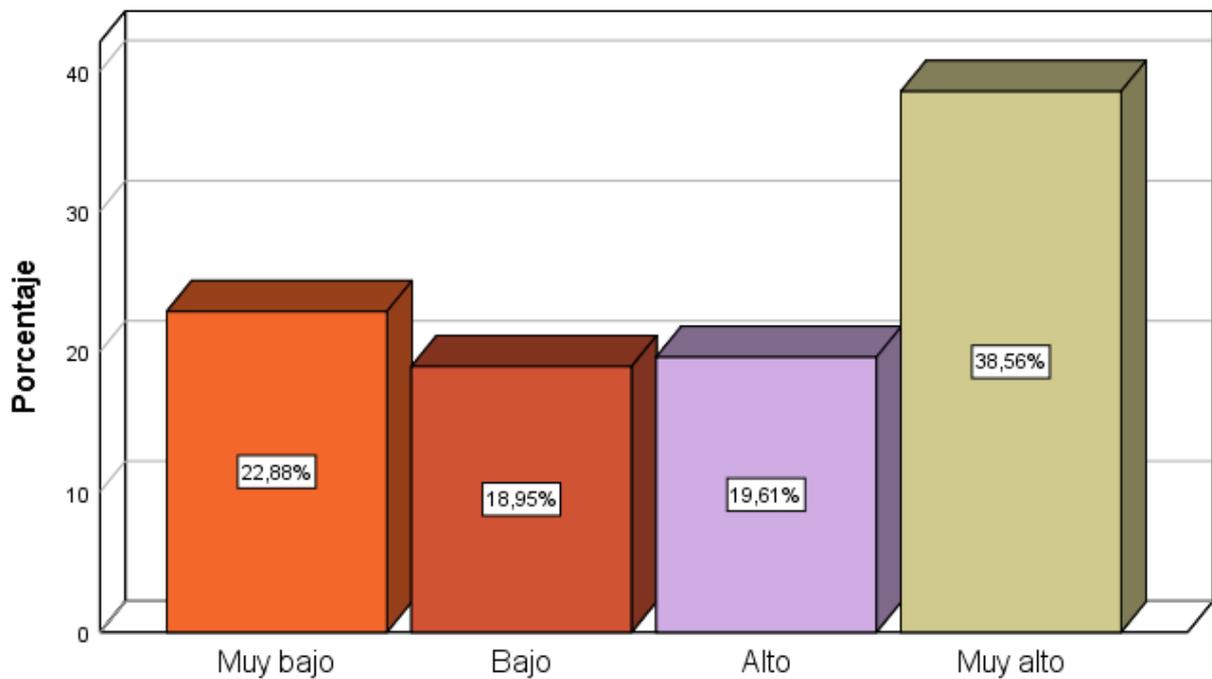
Tabla 13. Nivel de Adaptación Familiar

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo [14-19]	35	22,88%
Bajo [20-21]	29	18,95%
Alto [22]	30	19,61%
Muy Alto [23-24]	59	38,56%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 21,26$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Nivel de Adaptación Familiar



Fuente: Elaboración propia

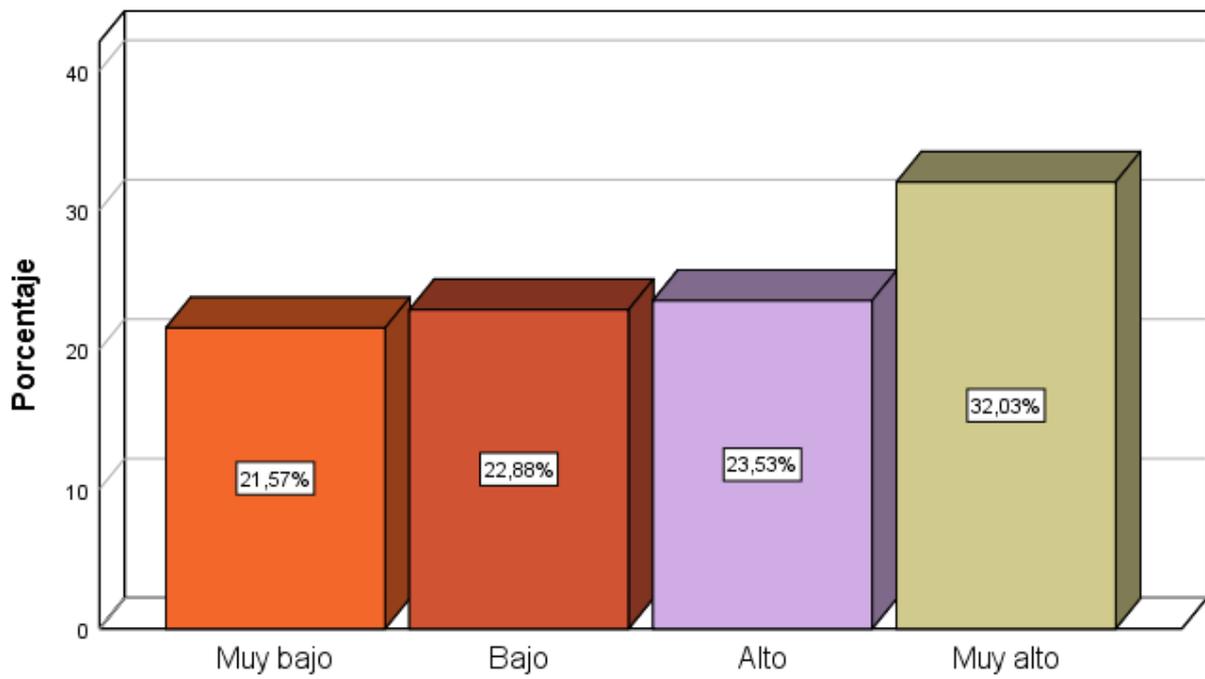
Tabla 14. Nivel de Autonomía Familiar

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo [10-17]	33	21,57%
Bajo [18-19]	35	22,88%
Alto [20]	36	23,53%
Muy Alto [21]	49	32,03%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 19,08$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 12. Nivel de Autonomía Familiar



Fuente: Elaboración propia

VARIABLE 2: Depresión

Tabla 15. Nivel de Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión [21-24]	35	22,88%
Leve [25-29]	35	22,88%
Moderada [30-34]	36	23,53%
Grave [35-54]	47	30,72%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 30,75$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Nivel de Depresión

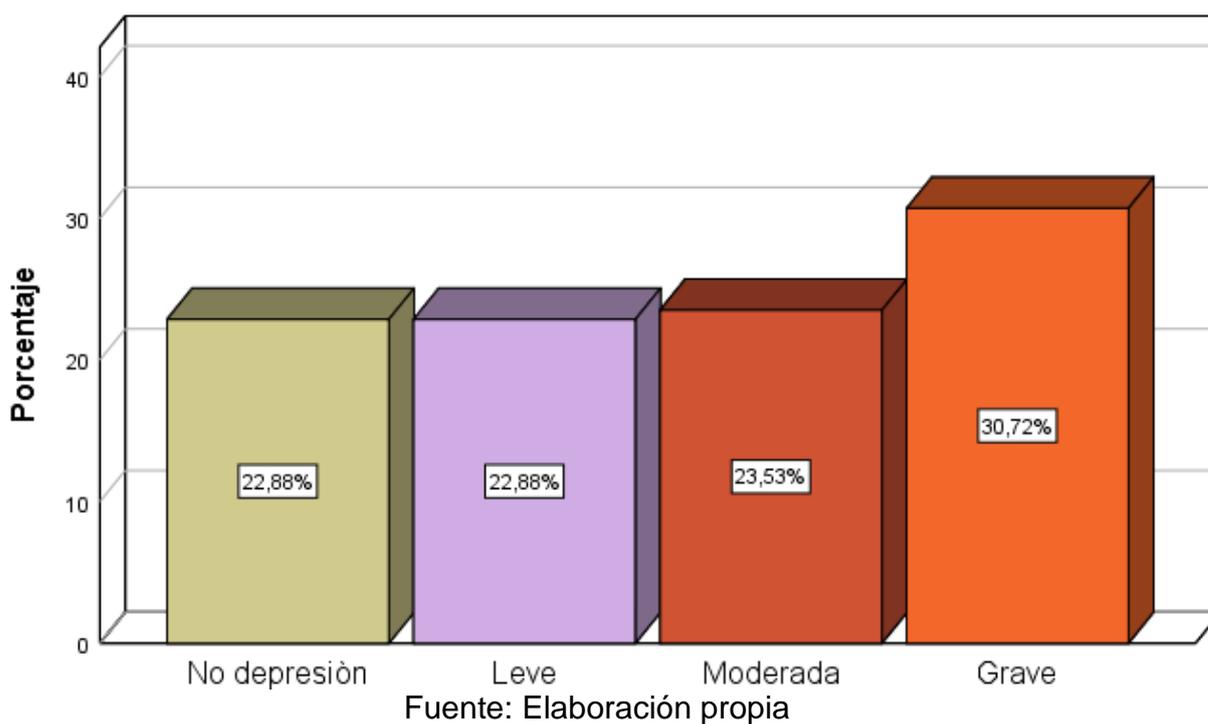


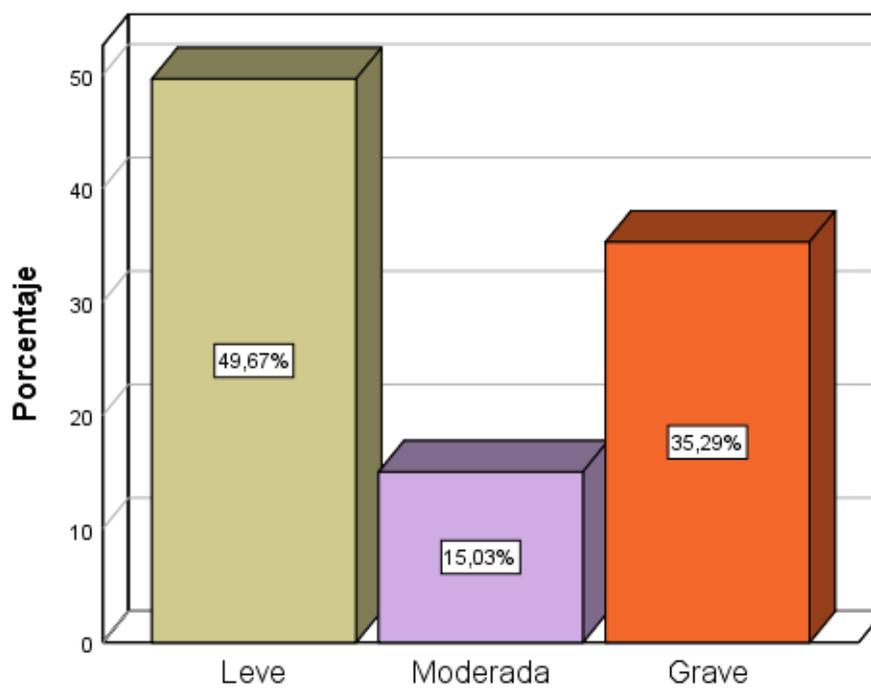
Tabla 16. Nivel Afectivo de la Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión [<4]	0	0,00%
Leve [4-5]	76	49,67%
Moderada [6]	23	15,03%
Grave [7-11]	54	35,29%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 5,90 \approx 6.00$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 14. Nivel Afectivo de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

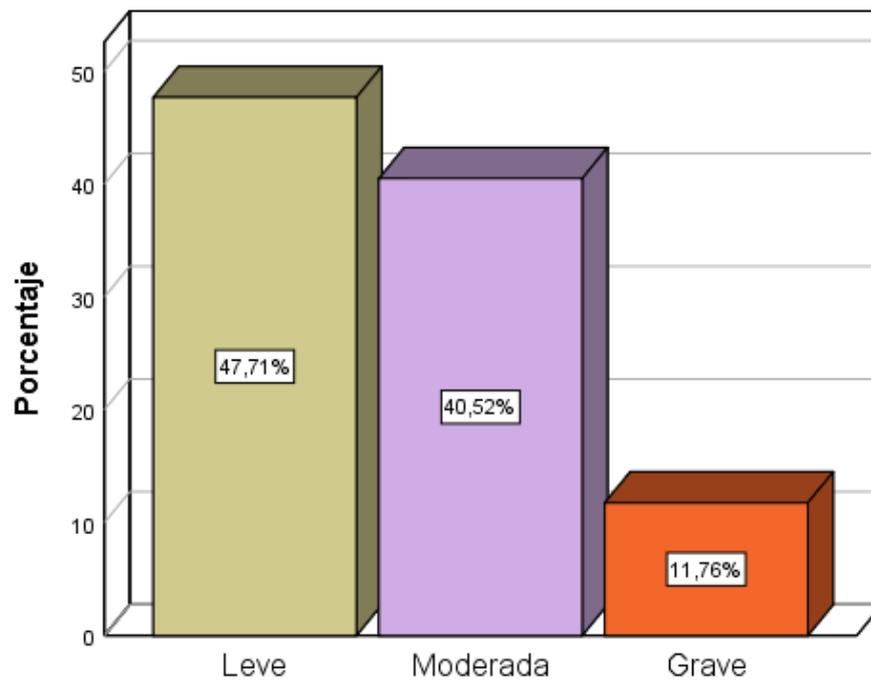
Tabla 17. Nivel Motivacional de la Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión [<2]	0	0,0%
Leve [2]	73	47,71%
Moderada [3]	62	40,52%
Grave [4-6]	18	11,76%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 2,68$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 15. Nivel Motivacional de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

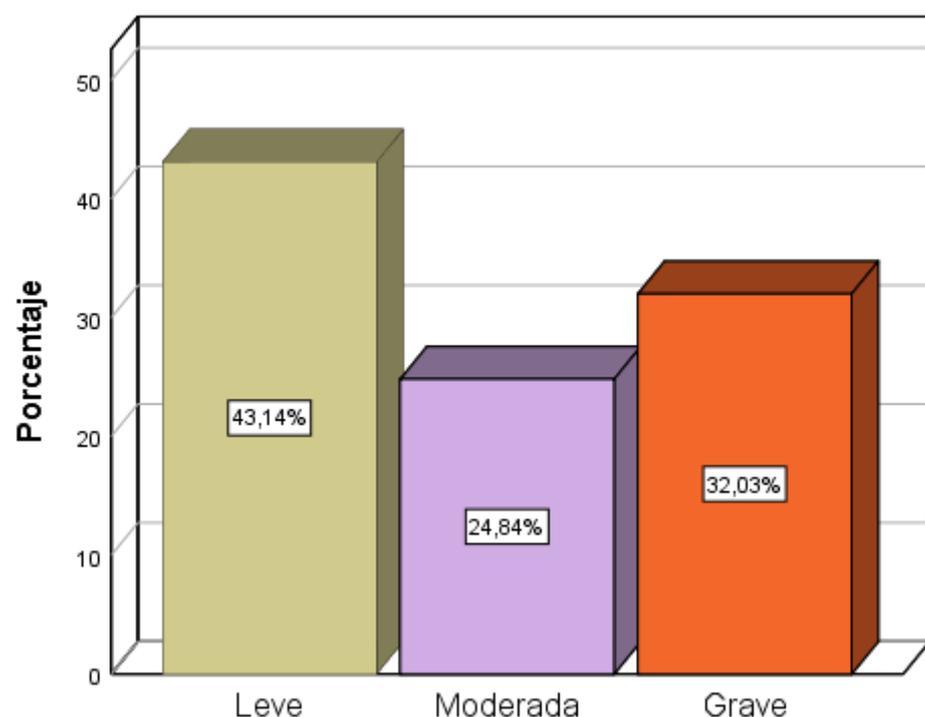
Tabla 18. Nivel Cognitivo de la Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión [<8]	0	0,00%
Leve [8-9]	66	43,14%
Moderada [10-11]	38	24,87%
Grave [12-23]	49	32,03%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 10,67$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 16. Nivel Cognitivo de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

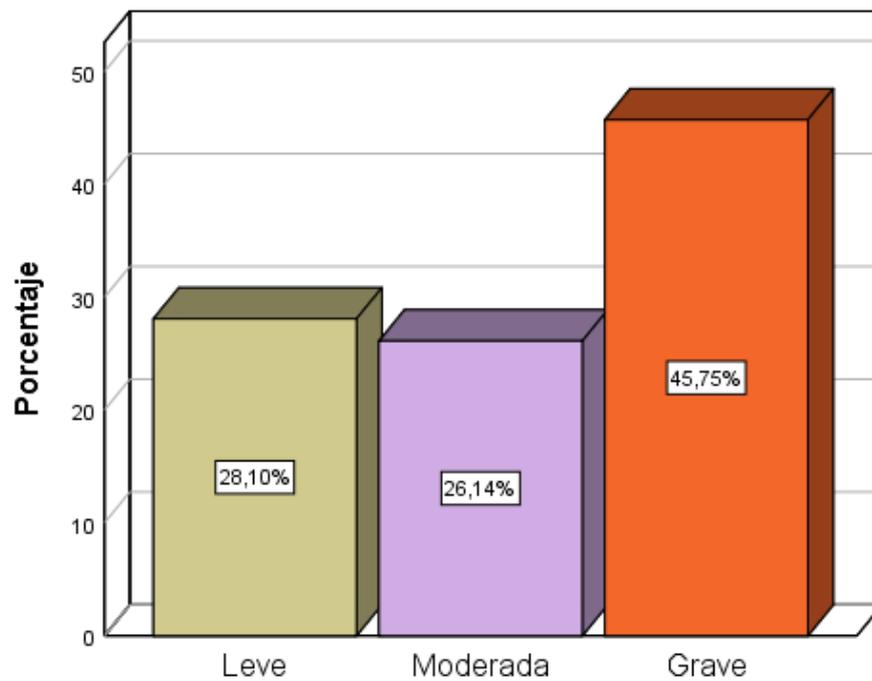
Tabla 19. Nivel Conductual de la Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión [<3]	0	0,00%
Leve [3]	43	28,10%
Moderada [4]	40	26,14%
Grave [5-9]	70	45,75%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 4,59 \approx 5,00$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 17. Nivel Conductual de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

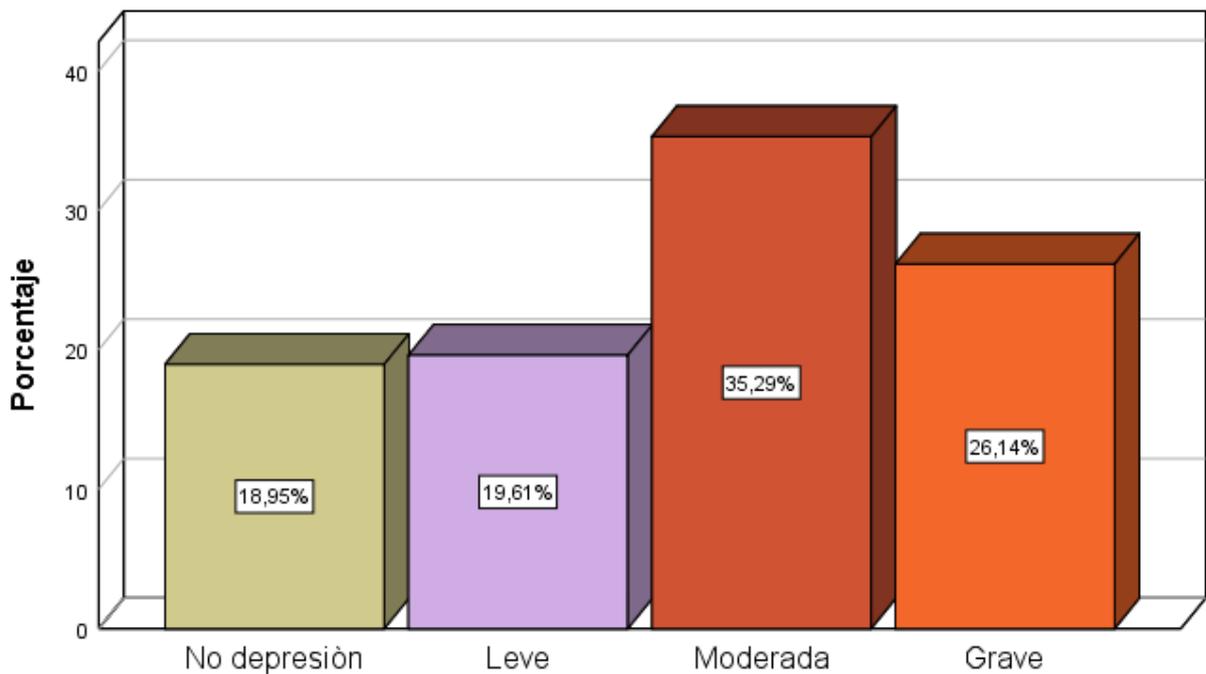
Tabla 20. Nivel Físico de la Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión [4]	29	18,95%
Leve [5]	30	19,61%
Moderada [6-8]	54	35,29%
Grave [9-15]	40	26,14%
Total	153	100,00%

$$\bar{X} = 6,92$$

Fuente: Elaboración propia

Figura 18. Nivel Físico de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

5.2. Interpretación de los resultados

Posteriormente a la aplicación de las prueba o instrumentos útiles para recabar información, se presentan los resultados a manera de estadística descriptiva de la siguiente manera:

1. En la tabla 4 y figura 2 se aprecia que el 67,97% (104/153) de los pacientes encuestados son mujeres y el 32,03% (49/153) son varones.
2. En la tabla 5 y figura 3 se muestra que el 37,25% (57/153) de los pacientes encuestados pertenecen al segmento de la adultez media (entre 45 a 59 años); el 31,37% (48/153) son jóvenes adultos (entre 30 a 44 años); el 14,38% (22/153) pertenecen al segmento de la adultez posterior (entre 60 a 74 años); y el 8,50% (13/153) tanto para los de primera adultez (entre 20 a 29 años) como para los del seniles (a partir de 75 años).
3. En la tabla 6 y figura 4 se observa que el 45,75% (70/153) de los pacientes encuestados son casados, el 32,03% (49/153) de ellos son solteros, solo el 11,11% (17/153) son convivientes, el 7,19% (11/153) son divorciados y el 3,92% (6/153) con viudos.
4. En la tabla 7 y figura 5 se muestra que el 63,40% (97/153) de los encuestados tienen hasta 7 meses de tratamiento, el 24,84% (38/153) entre 8 a 15 meses, el 6,54% (10/153) entre 16 a 23 meses, y el 5,23% (8/153) entre 24 a 31 meses de tratamiento oncológico.
5. En la tabla 8 y figura 6 se muestra que el 43,79% (67/153) de los encuestados viven solo con su pareja o esposo(a); el 36,60% (56/153) viven con sus abuelos, tíos, primos u otros; el 12,42% (19/153) viven con sus hijos(as); y el 7,19% (11/153) vive solo con sus hermanos.
6. En la tabla 9 y figura 7 se muestra que el 51,63% (79/153) de los pacientes encuestados tienen un familiar contagiado por el COVID-19, y el 48,37% (74/153) no lo tiene.

7. En la tabla 10 y figura 8 se presenta al 58,82% (90/153) de los pacientes encuestados que tienen al menos un familiar fallecido por causa del COVID-19, y el 41,18% (63/153) no lo tiene.
8. En la tabla 11 y figura 9 se observa que el 45,10% (69/153) de los pacientes evaluados presentan un nivel muy alto de Apoyo Familiar; contrariamente el 27,45% (42/153) lo posee en un nivel muy bajo, el 16,99% (26/153) de ellos posee un nivel alto y el 10,46% (16/153) posee un nivel bajo de Apoyo Familiar. Asimismo, la media aritmética de 43,54 \approx 44,00 permite afirmar que el Apoyo Familiar se ubican en el nivel de alto.
9. En la tabla 12 y figura 10 se observa que el 58,82% (90/153) de los pacientes evaluados presentan un nivel muy alto de la Dimensión Afectivo Consciente como dimensión del Apoyo Familiar, un 15,69% (24/153) un nivel alto, un 13,73% (21/153) un nivel muy bajo y un 11,76% (18/153) un nivel bajo. Además, al observarse una media de 20,03 se considera que la Dimensión Afectivo Consciente de los pacientes se ubica en un nivel medio alto.
10. En la tabla 13 y figura 11 se observa que el 38,56% (59/153) presentan un nivel muy alto de la Dimensión de Adaptación Familiar como dimensión del Apoyo Familiar; un 22,88% (35/153) un nivel muy bajo, un 19,61% para el nivel alto (30/153) y un 18,95% (29/153) un nivel bajo, por lo que la media de 21,26 lo ubica a la Dimensión Adaptación Familiar en el nivel bajo.
11. En la tabla 14 y figura 12 se presenta al 32,03% (19/153) de los pacientes que observan un nivel muy alto de la Dimensión Autonomía Familiar como dimensión del Apoyo Familiar, seguido del 23,53% (36/153) del nivel alto, el 22,88% (35/153) del nivel bajo y el 21,57% (33/153) del nivel muy bajo; por lo que la media de 19,08 sitúa a la Dimensión Autonomía Familiar en el nivel bajo.
12. En la tabla 15 y figura 13 se puede observar que el 30,72% (47/153) de los pacientes encuestados tienen un nivel grave de Depresión, mientras el 23,53% (36/153) de ellos alcanzan un nivel moderado, y el 22,88% (35/153) tanto para el nivel leve como para el nivel de no depresión. Al alcanzar una media de 30,75 la Depresión de los pacientes alcanzan un nivel moderado.

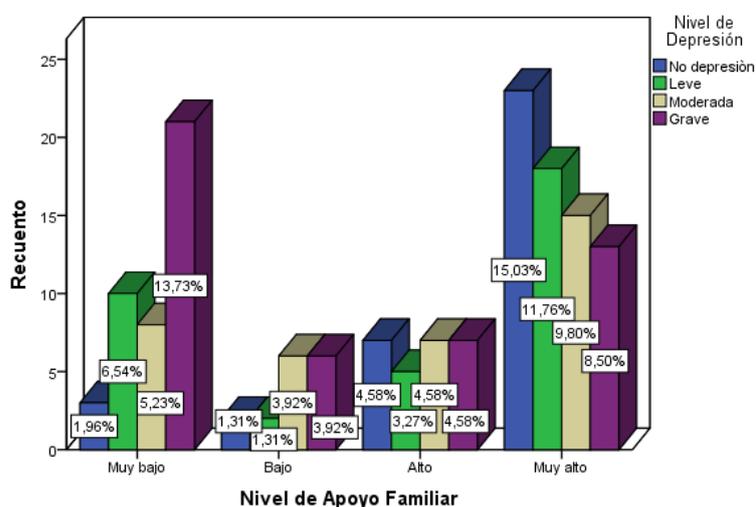
13. En la tabla 16 y figura 14 se observa que el 49,67% (76/153) de los pacientes encuestados tienen un nivel leve de la Dimensión Afectivo de la Depresión, mientras que el 35,29% (54/153) muestran un nivel grave y el 15,03% (23/153) observan un nivel moderado. Asimismo, al observar una media de 5,90 \approx 6,00 los pacientes se sitúan en un nivel moderado para su Dimensión Afectivo de la Depresión.
14. En la tabla 17 y figura 15 se muestra que el 47,71% (73/153) de los pacientes encuestados alcanzan un nivel leve de la Dimensión Motivacional de la Depresión, mientras que el 40,52% (62/153) alcanzan el nivel moderado, y un 11,76% (18/153) observan un nivel grave. Es así como al obtenerse una media de 2,68 \approx 3 a Dimensión Motivacional de Depresión se sitúa en un nivel moderado.
15. En la tabla 18 y figura 16 se observa que el 43,14% (66/153) de los pacientes encuestados obtienen un nivel leve de la Dimensión Cognitiva de la Depresión, mientras el 32,03% (49/153) de ellos alcanzan un nivel grave y la misma distribución de 24,87% (38/153) alcanza un nivel grave. Es así como al obtenerse una media de 10,67 la Dimensión Cognitiva de la Depresión de los pacientes se sitúa en un nivel moderado.
16. En la tabla 19 y figura 17 se observa que el 45,75% (70/153) de los pacientes encuestados obtienen un nivel leve de la Dimensión Conductual de la Depresión, mientras el 28,10% (43/153) de ellos alcanzan un nivel leve y el 26,14% (40/153) alcanza un nivel moderado. Es así como al obtenerse una media de 4,59 \approx 5,00 la Dimensión Conductual de la Depresión de los pacientes se sitúa en un nivel grave.
17. En la tabla 20 y figura 18 se observa que el 35,29% (54/153) de los pacientes encuestados obtienen un nivel moderado de la Dimensión Física de la Depresión, mientras el 26,14% (40/153) de ellos alcanzan un nivel grave, el 19,61% (30/153) alcanza un nivel leve. Es así como al obtenerse una media de 6,92 la Dimensión Física de la Depresión de los pacientes se sitúa en un nivel moderado.

Tabla 21. Tabla cruzada de las variables: Apoyo Familiar y Depresión

		Nivel de Depresión				Total	
		No depresión	Leve	Moderado	Grave		
Apoyo Familiar	Muy bajo	Recuento	3	10	8	21	42
		% del total	2,0%	1,3%	4,6%	13,7%	27,5%
	Bajo	Recuento	2	2	6	6	16
		% del total	1,3%	1,3%	3,9%	3,9%	10,5%
	Alto	Recuento	7	5	7	7	26
		% del total	4,6%	3,3%	4,6%	4,6%	17,0%
	Muy alto	Recuento	23	18	15	13	69
		% del total	15,0%	11,8%	9,8%	8,5%	45,1%
Total	Recuento	35	35	36	47	153	
	% del total	22,9%	22,9%	23,5%	30,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Figura 19. Tabla cruzada de las variables: Apoyo Familiar y Depresión



Fuente: Elaboración propia

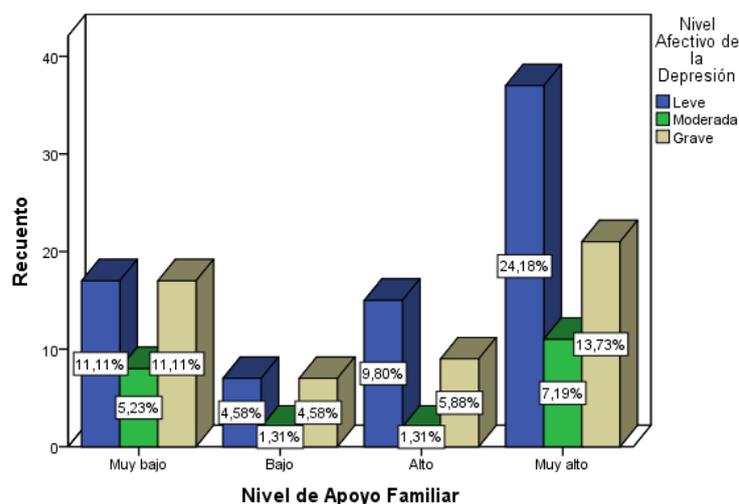
Interpretación: Se observa que el 15,0% (23/153) de los pacientes encuestados presentan un nivel muy alto de Apoyo Familiar a la vez que no poseen Depresión, seguido del 13,7% (21/153) con un nivel muy bajo de Apoyo Familiar y a la vez un nivel grave de Depresión, y finalmente se observa que el 11,8% (18/153) que obtienen un nivel muy alto de Apoyo Familiar tienen a la vez un nivel leve de Depresión.

Tabla 22. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión

		Dimensión Afectiva de la Depresión			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Apoyo Familiar	Muy bajo	Recuento	17	8	17	42
		% del total	11,1%	5,2%	11,1%	27,5%
	Bajo	Recuento	7	2	7	13
		% del total	4,6%	1,3%	4,6%	10,5%
	Alto	Recuento	15	2	9	26
		% del total	9,8%	1,3%	5,9%	17,0%
	Muy alto	Recuento	37	11	21	69
		% del total	24,2%	7,2%	13,7%	45,1%
	Total	Recuento	76	23	54	153
		% del total	49,7%	15,0%	35,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 20. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

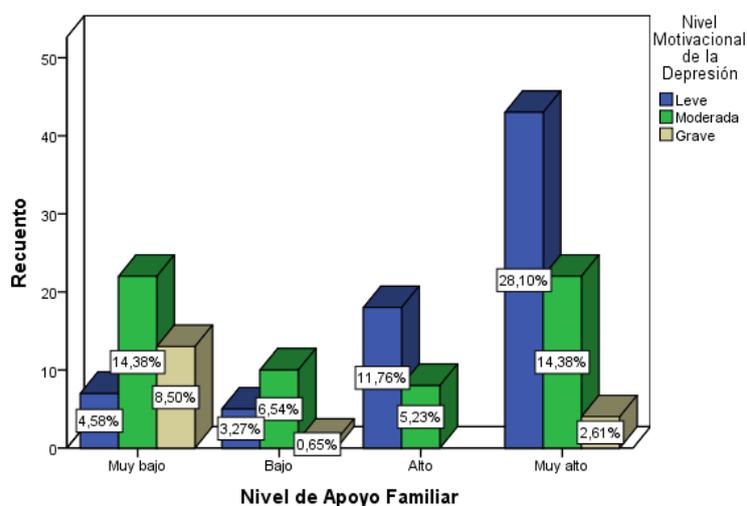
Interpretación: Se observa que el 24,2% (37/153) de los pacientes encuestados poseen un nivel muy alto de Apoyo Familiar al tiempo que presentan un nivel leve de la dimensión Afectiva de la Depresión, seguido del 13,7% (21/153) con un nivel muy alto de Apoyo Familiar y a la vez un nivel grave de la dimensión Afectiva de la Depresión. Finalmente se observa que el 11,1% (17/153) presentan tanto para un nivel muy bajo de Apoyo Familiar y a la vez un nivel grave de la dimensión Afectiva de la Depresión, como para el nivel muy bajo de Apoyo Familiar y a la vez un nivel leve de la dimensión Afectiva de la Depresión.

Tabla 23. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión

		Dimensión Motivacional de la Depresión			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Apoyo Familiar	Muy bajo	Recuento	7	22	13	42
		% del total	4,6%	14,4%	8,5%	27,5%
	Bajo	Recuento	5	10	1	16
		% del total	3,3%	6,5%	0,7%	10,5%
	Alto	Recuento	18	8	0	26
		% del total	11,8%	5,2%	0,0%	17,0%
	Muy alto	Recuento	43	22	4	69
		% del total	28,1%	14,4%	2,6%	45,1%
	Total	Recuento	73	62	18	153
		% del total	47,7%	40,5%	11,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 21. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

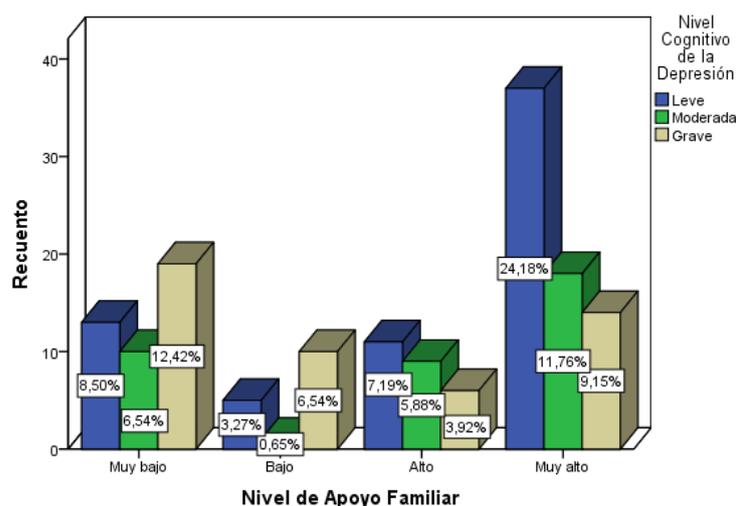
Interpretación: Se observa que el 28,1% (43/153) observan un nivel muy alto de Adaptación Familiar y a la vez un nivel leve de la dimensión Motivacional de la Depresión. También el 14,4% (22/153) que obtienen un nivel muy alto de Adaptación Familiar tienen a la vez un nivel moderado de la Dimensión Motivacional de Depresión; así también el 14,4% (22/153) que obtienen un nivel muy bajo de Adaptación Familiar tienen a la vez un nivel moderado de la Dimensión Motivacional de Depresión. Finalmente se observa que 11,8% (18/153) de los pacientes encuestados presentan un nivel alto de Adaptación Familiar al tiempo que poseen un nivel leve de la dimensión Motivacional de la Depresión.

Tabla 24. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión

		Dimensión Cognitiva de la Depresión			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Apoyo Familiar	Muy bajo	Recuento	13	10	19	42
		% del total	8,5%	6,5%	12,4%	
	Bajo	Recuento	5	1	10	16
		% del total	3,3%	0,7%	6,5%	
	Alto	Recuento	11	9	6	26
		% del total	7,2%	5,9%	3,9%	
	Muy alto	Recuento	37	18	14	69
		% del total	24,2%	11,8%	9,2%	
Total		Recuento	66	38	49	153
		% del total	43,1%	24,8%	32,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 22. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

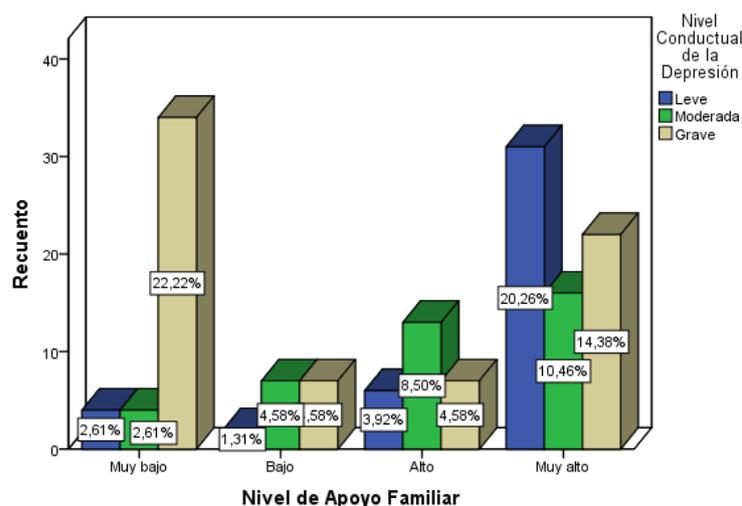
Interpretación: Se observa que el 24,2% (37/153) observan un nivel muy alto de Autonomía Familiar y a la vez un nivel leve de la dimensión Cognitiva de la Depresión. Por otro lado se observa que el 12,4% (19/153) de los pacientes encuestados presentan un nivel muy bajo de Autonomía Familiar al tiempo que poseen un nivel grave de Depresión. Seguidamente se observa que el 11,8% (18/153) de los pacientes encuestados presentan un nivel muy alto de Autonomía Familiar al tiempo que poseen un nivel moderado de Depresión.

Tabla 25. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Conductual de la Depresión

		Dimensión Conductual de la Depresión			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Autonomía Familiar	Muy bajo	Recuento	4	4	34	42
		% del total	2,6%	2,6%	22,2%	27,5%
	Bajo	Recuento	2	7	7	16
		% del total	1,3%	4,6%	4,6%	10,5%
	Alto	Recuento	6	13	7	26
		% del total	4,9%	8,5%	4,6%	17,0%
	Muy alto	Recuento	31	16	22	69
		% del total	20,3%	10,5%	14,4%	45,1%
	Total	Recuento	43	40	70	153
		% del total	28,1%	26,1%	45,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 23. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Conductual de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

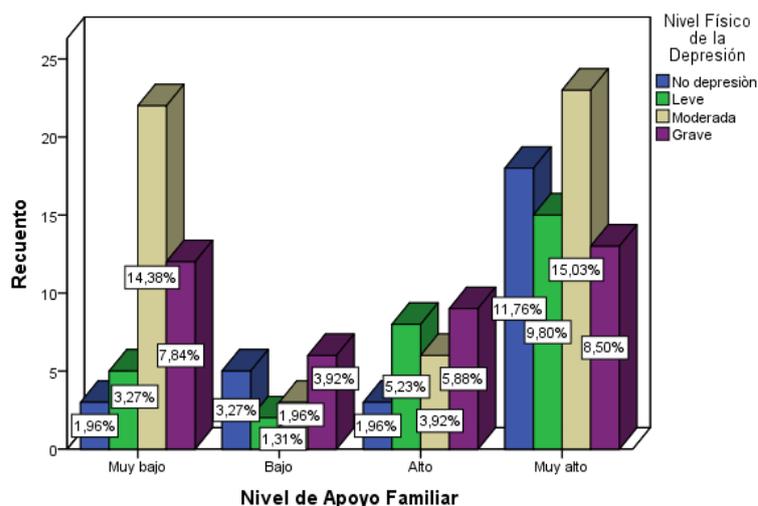
Interpretación: Se observa que el 22,2% (34/153) presentan un nivel muy bajo de Autonomía Familiar y a la vez un nivel grave de la Dimensión Conductual de la Depresión. Por otro lado se observa que el 20,3% (31/153) de los pacientes encuestados poseen un nivel muy alto de Autonomía Familiar al tiempo que presentan un nivel leve de la Dimensión Conductual de la Depresión. Seguidamente el 14,4% (22/153) presentan un nivel muy alto de Autonomía Familiar al tiempo que presentan un nivel grave de la Dimensión Conductual de la Depresión.

Tabla 26. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Física de la Depresión

		Dimensión Física de la Depresión				Total	
		No depresión	Leve	Moderado	Grave		
Autonomía Familiar	Muy bajo	Recuento	3	5	22	12	42
		% del total	2,0%	3,3%	14,4%	7,8%	27,5%
	Bajo	Recuento	5	2	3	6	16
		% del total	3,3%	1,1%	2,0%	3,9%	10,5%
	Alto	Recuento	3	8	6	9	26
		% del total	2,0%	5,2%	3,9%	5,9%	17,0%
	Muy alto	Recuento	18	15	23	13	69
		% del total	11,8%	9,8%	15,0%	8,5%	45,1%
Total		Recuento	29	30	54	40	153
		% del total	19,0%	19,6%	35,3%	26,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 24. Tabla cruzada de la variable Apoyo Familiar y la dimensión Física de la Depresión



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el 15,0% (23/153) observan un nivel muy alto de Autonomía Familiar y a la vez un nivel moderado de la dimensión Física de la Depresión. Por otro lado se observa que el 14,4% (22/153) de los pacientes encuestados poseen un nivel muy bajo de Autonomía Familiar al tiempo que presentan un nivel moderado de Depresión. Seguidamente el 11,8% (18/153) observan un nivel muy alto de Autonomía Familiar y a la vez No Depresión de la dimensión Física de la Depresión.

PRUEBA DE BONDAD O NORMALIDAD

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

H0 Hipótesis nula de normalidad: Los datos evaluados proceden de una distribución normal.

H1 Hipótesis alterna de normalidad: Los datos evaluados no proceden de una distribución normal

2. Elección del nivel de significación (α).

Confianza = 95%

Nivel de significancia (Alfa) es $\alpha = 0,05$ (5%)

3. Prueba estadística a emplear.

Teniendo en cuenta que, la muestra en el presente trabajo de estudio es superior al valor de 50 datos incluidos, se ha procedido a determinar la aplicación de la prueba estadística de normalidad Kolmogórov-Smirnov, la cual ofrece valores de significancia asintótica (valor de p) sobre los que se evaluará escoger el tipo de prueba a utilizar para la contrastación de hipótesis, ya sea paramétrica o no.

Tabla 27. *Prueba de Normalidad: Kolmogórov-Smirnov*

Prueba de Normalidad	Kolmogórov-Smirnov ^a	gl	Sig.
Apoyo Familiar	,160	153	,000
Depresión	,085	153	,009
Dimensión Afectiva	,194	153	,000
Dimensión Motivacional	,282	153	,000
Dimensión Cognitiva	,184	153	,000
Dimensión Conductual	,200	153	,000
Dimensión Física	,164	153	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia

4. Criterio de decisión.

Si p-valor < 0,05, se rechaza la H0 y se acepta la Ha

Si el p-valor $\geq 0,05$, se acepta la H0 y se rechaza la Ha.

5. Decisión y conclusión.

Debido a que el valor de Significancia Asintótica, también llamada “p-valor”, al ser menor que 0,05, se rechaza la hipótesis nula de normalidad y nos lleva a afirmar que los datos evaluados no proceden de una distribución normal. De esta manera, la prueba de normalidad nos permite decidir por una prueba de correlación no paramétrica, para este estudio la prueba de Rho de Spearman.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión.

$$\rho = 0$$

Hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión.

$$\rho \neq 0$$

2. Elección del nivel de significación (α)

Dado que el trabajo corresponde a una investigación de las ciencias sociales, el nivel de significación elegido es $\alpha = 0,05$, se asume el valor de significancia como una probabilidad de acierto o riesgo por parte del investigador, para aceptar o rechazar la hipótesis alterna, el mismo que se expresa en valores de 0.05, que representa el 5% de error permitido.

3. Selección de la prueba estadística

Considerando que los miembros de la muestra han sido elegidos de manera aleatoria y habiéndose realizado la prueba de normalidad de los datos, se hará uso de la prueba de correlación de Rho Spearman.

4. Lectura del p-valor (sig)

El p-valor o significancia estadística (sig.) encontrado en la ventana de resultados del SPSS versión 25, después de procesar los datos, se muestra en la tabla 15, el cual servirá para decir si se acepta o rechaza la H_a .

Tabla 28. Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la Depresión

Rho de Spearman		Depresión
	Coeficiente de correlación	-,348**
Apoyo familiar	Sig. (bilateral)	,000
	N	153

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

5. Decisión estadística

Con el fin de tomar la decisión de rechazo o aceptación de la H0 (hipótesis nula) o la Ha (hipótesis alterna) se consideró aplicar de manera observacional el p valor como valor que se interpreta como probabilidad y con significancia, representado por la abreviatura Sig., y en base de este valor se determina que cuando sea menor que el valor esperado, representado por 0,05, se proceda a anular o rechazar la hipótesis nula o H0, aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna. En caso se dispusiera valor diferente del “p valor” con un valor mayor o igual que 0,05, se sostendrá una aceptación de la H0, y procediéndose a rechazar la Ha

Además se muestra un nivel de correlación correspondiente a un nivel **negativo bajo** dado a que el valor es de $r = -0,348$, tal como lo explican Hernández et al (2014) precisando que los valores entre -0,2 y -0,39 corresponden a un nivel bajo de asociación, interpretando que pertenece a una relación directa o inversa, según sean sus valores positivos o negativos respectivamente; así como también en cuanto mayor sea este será mayor su correlación hasta el valor máximo de 1 (correlación perfecta), según otros rasgos de dicha asociación. De otro modo, cuando mayor sea su cercanía a 0 se carecerá de cualquier nivel de asociación, explicando una menor fuerza en cuanto a asociación se refiera. De este modo se explica que el valor de significancia obtenido es **$p=0,000$, realizando su respectiva comparación con el valor estándar $\alpha=0,05$, se tiene que $p<0,05$** ; entonces se procede a rechazar la hipótesis nula (Ho) y a aceptar la hipótesis alterna (Ha). Es por ello que se llega a concluir que **existe relación inversa y significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.**

Hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión.

$$\rho = 0$$

Hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión.

$$\rho \neq 0$$

Tabla 29. Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión

Rho de Spearman		Dimensión Afectiva de la Depresión
Apoyo familiar	Coefficiente de correlación	-,138**
	Sig. (bilateral)	,089
	N	153

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de tomar la decisión de rechazo o aceptación de la H_0 (hipótesis nula) o la H_a (hipótesis alterna) se consideró aplicar de manera observacional el p valor como valor que se interpreta como probabilidad y con significancia, representado por la abreviatura Sig., y en base de este valor se determina que cuando sea menor que el valor esperado, representado por 0,05, se proceda a anular o rechazar la hipótesis nula o H_0 , aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna. En caso se dispusiera valor diferente del “p valor” con un valor mayor o igual que 0,05, se sostendrá una aceptación de la H_0 , y procediéndose a rechazar la H_a

Además se muestra un nivel de correlación correspondiente a un nivel **negativo muy bajo** dado a que el valor es de $r = -0,138$, tal como lo explican Hernández et al (2014) precisando que los valores entre -0,01 y -0,19 corresponden a un nivel muy bajo de asociación, interpretando que pertenece a una relación directa o inversa, según sean sus valores positivos o negativos respectivamente; así como también en cuanto mayor sea este será mayor su correlación hasta el valor máximo de 1 (correlación perfecta), según otros rasgos de dicha asociación. De otro modo, cuando mayor sea su cercanía a 0 se carecerá de cualquier nivel de asociación, explicando una menor fuerza en cuanto a asociación se refiera. De este modo se explica que el valor de significancia obtenido es **$p = 0,089$, realizando su respectiva comparación con el valor estándar $\alpha = 0,05$, se tiene que $p > 0,05$** ; entonces se procede a aceptar la hipótesis nula (H_0) y a rechazar la hipótesis alterna (H_a). Es por ello que se llega a concluir que **no existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.**

Hipótesis específica 2

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión.

$$\rho = 0$$

Hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión.

$$\rho \neq 0$$

Tabla 30. *Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión*

Rho de Spearman		Dimensión Motivacional de la Depresión
	Coefficiente de correlación	-,392**
Apoyo familiar	Sig. (bilateral)	,000
	N	153

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de tomar la decisión de rechazo o aceptación de la H_0 (hipótesis nula) o la H_a (hipótesis alterna) se consideró aplicar de manera observacional el p valor como valor que se interpreta como probabilidad y con significancia, representado por la abreviatura Sig., y en base de este valor se determina que cuando sea menor que el valor esperado, representado por 0,05, se proceda a anular o rechazar la hipótesis nula o H_0 , aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna. En caso se dispusiera valor diferente del “p valor” con un valor mayor o igual que 0,05, se sostendrá una aceptación de la H_0 , y procediéndose a rechazar la H_a

Además se muestra un nivel de correlación correspondiente a un nivel **negativo bajo** dado a que el valor es de $r = -0,392$, tal como lo explican Hernández et al (2014) precisando que los valores entre -0,2 y -0,39 corresponden a un nivel bajo de asociación, interpretando que pertenece a una relación directa o inversa, según sean sus valores positivos o negativos respectivamente; así como también en cuanto mayor sea este será mayor su correlación hasta el valor máximo de 1 (correlación perfecta), según otros rasgos de dicha asociación. De otro modo, cuando mayor sea su cercanía a 0 se carecerá de cualquier nivel de asociación, explicando una menor fuerza en cuanto a asociación se refiera. De este modo se explica que el valor de significancia obtenido es **$p=0,000$, realizando su respectiva comparación con el valor estándar $\alpha=0,05$, se tiene que $p<0,05$** ; entonces se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0) y ha aceptar la hipótesis alterna (H_a). Es por ello que se llega a concluir que **existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.**

Hipótesis específica 3

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión.

$$\rho = 0$$

Hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión.

$$\rho \neq 0$$

Tabla 31. *Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión*

Rho de Spearman		Dimensión Cognitiva de la Depresión
	Coefficiente de correlación	-,302**
Apoyo familiar	Sig. (bilateral)	,000
	N	153

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de tomar la decisión de rechazo o aceptación de la H_0 (hipótesis nula) o la H_a (hipótesis alterna) se consideró aplicar de manera observacional el p valor como valor que se interpreta como probabilidad y con significancia, representado por la abreviatura Sig., y en base de este valor se determina que cuando sea menor que el valor esperado, representado por 0,05, se proceda a anular o rechazar la hipótesis nula o H_0 , aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna. En caso se dispusiera valor diferente del “p valor” con un valor mayor o igual que 0,05, se sostendrá una aceptación de la H_0 , y procediéndose a rechazar la H_a

Además se muestra un nivel de correlación correspondiente a un nivel **negativo bajo** dado a que el valor es de $r = -0,302$, tal como lo explican Hernández et al (2014) precisando que los valores entre -0,2 y -0,39 corresponden a un nivel bajo de asociación, interpretando que pertenece a una relación directa o inversa, según sean sus valores positivos o negativos respectivamente; así como también en cuanto mayor sea este será mayor su correlación hasta el valor máximo de 1 (correlación perfecta), según otros rasgos de dicha asociación. De otro modo, cuando mayor sea su cercanía a 0 se carecerá de cualquier nivel de asociación, explicando una menor fuerza en cuanto a asociación se refiera. De este modo se explica que el valor de significancia obtenido es **$p=0,000$, realizando su respectiva comparación con el valor estándar $\alpha=0,05$, se tiene que $p<0,05$** ; entonces se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0) y ha aceptar la hipótesis alterna (H_a). Es por ello que se llega a concluir que **existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.**

Hipótesis específica 4

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión.

$$\rho = 0$$

Hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión.

$$\rho \neq 0$$

Tabla 32. *Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión*

Rho de Spearman		Dimensión Conductual de la Depresión
	Coefficiente de correlación	-,420**
Apoyo familiar	Sig. (bilateral)	,000
	N	153

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de tomar la decisión de rechazo o aceptación de la H0 (hipótesis nula) o la Ha (hipótesis alterna) se consideró aplicar de manera observacional el p valor como valor que se interpreta como probabilidad y con significancia, representado por la abreviatura Sig., y en base de este valor se determina que cuando sea menor que el valor esperado, representado por 0,05, se proceda a anular o rechazar la hipótesis nula o H0, aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna. En caso se dispusiera valor diferente del “p valor” con un valor mayor o igual que 0,05, se sostendrá una aceptación de la H0, y procediéndose a rechazar la Ha

Además se muestra un nivel de correlación correspondiente a un nivel **negativo moderado** dado a que el valor es de $r = -0,422$, tal como lo explican Hernández et al (2014) precisando que los valores entre -0,4 y -0,69 corresponden a un nivel moderado de asociación, interpretando que pertenece a una relación directa o inversa, según sean sus valores positivos o negativos respectivamente; así como también en cuanto mayor sea este será mayor su correlación hasta el valor máximo de 1 (correlación perfecta), según otros rasgos de dicha asociación. De otro modo, cuando mayor sea su cercanía a 0 se carecerá de cualquier nivel de asociación, explicando una menor fuerza en cuanto a asociación se refiera. De este modo se explica que el valor de significancia obtenido es **$p=0,000$, realizando su respectiva comparación con el valor estándar $\alpha=0,05$, se tiene que $p<0,05$**); entonces se procede a rechazar la hipótesis nula (H0) y ha aceptar la hipótesis alterna (Ha). Es por ello que se llega a concluir que **existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.**

Hipótesis específica 5

Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.

1. Formulación de las hipótesis estadísticas.

Hipótesis nula: No existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión.

$$\rho = 0$$

Hipótesis alterna: Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión.

$$\rho \neq 0$$

Tabla 33. *Prueba de correlación de Spearman entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión*

Rho de Spearman		Apoyo familiar	Dimensión Física de la Depresión
	Coefficiente de correlación	1,000	-,263**
Apoyo familiar	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	153	153

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de tomar la decisión de rechazo o aceptación de la H_0 (hipótesis nula) o la H_a (hipótesis alterna) se consideró aplicar de manera observacional el p valor como valor que se interpreta como probabilidad y con significancia, representado por la abreviatura Sig., y en base de este valor se determina que cuando sea menor que el valor esperado, representado por 0,05, se proceda a anular o rechazar la hipótesis nula o H_0 , aceptándose por consiguiente la hipótesis alterna. En caso se dispusiera valor diferente del “p valor” con un valor mayor o igual que 0,05, se sostendrá una aceptación de la H_0 , y procediéndose a rechazar la H_a

Además se muestra un nivel de correlación correspondiente a un nivel **negativo bajo** dado a que el valor es de $r = -0,263$, tal como lo explican Hernández et al (2014) precisando que los valores entre -0,2 y -0,39 corresponden a un nivel bajo de asociación, interpretando que pertenece a una relación directa o inversa, según sean sus valores positivos o negativos respectivamente; así como también en cuanto mayor sea este será mayor su correlación hasta el valor máximo de 1 (correlación perfecta), según otros rasgos de dicha asociación. De otro modo, cuando mayor sea su cercanía a 0 se carecerá de cualquier nivel de asociación, explicando una menor fuerza en cuanto a asociación se refiera. De este modo se explica que el valor de significancia obtenido es **$p=0,001$, realizando su respectiva comparación con el valor estándar $\alpha=0,05$, se tiene que $p<0,05$** ; entonces se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0) y ha aceptar la hipótesis alterna (H_a). Es por ello que se llega a concluir que **existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.**

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivos de los resultados

El análisis de resultados se efectuó contrastando los resultados obtenidos con los antecedentes, y respaldándolo con el marco teórico. La discusión es considerada por muchos teóricos como uno de los aspectos más relevantes de una investigación, ya que se realiza la triangulación del estudio, en el que interrelacionan los resultados del estudio, los antecedentes y el fundamento teórico.

Metodológicamente, el estudio corresponde al tercer nivel siendo una investigación correlacional. Estos diseños de investigación tienen como propósito establecer una posible relación o asociación entre las variables de estudio.

5.2. Comparación de los resultados con el marco teórico

Los resultados muestran que existe relación inversa y significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021, dado un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,348$ y un valor de significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$), por lo que cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.

Estos resultados se compararon con otros estudios, entre los cuales tenemos a Jiménez (2020) en México, quien obtuvo una correlación inversa entre las variables de apoyo de familia percibido y cuadro depresivo en pacientes seropositivos. Igualmente Castillo (2017) en Ecuador, encuentra que la depresión de las madres gestantes se relaciona de manera significativa ($p = 0,000$) y alta con el apoyo familiar ($r = 0,713$). En el ámbito de investigaciones nacionales, Flores y Larrea (2020) en Lambayeque, Perú precisan una correlación directa entre apoyo familiar y calidad de vida, lo cual demuestra tener el mismo sentido que el presente estudio, pues una mayor calidad de vida genera menor riesgo de cuadros de depresión. También Bonifacio (2019) en Trujillo, Perú, halla que entre ambas variables de estudio se presenta una relación inversamente significativa en el ámbito estadístico. Por otro lado, entre los resultados descriptivos de la variable Apoyo familiar se destaca el estudio de Leyva (2019) en Cajamarca - Perú, quien observa un apoyo familiar

general de los pacientes con un nivel bueno, y para sus dimensiones se evaluó un 34% de un nivel muy bueno de la dimensión Afectivo Consciente, un 48% de mala Adaptación familiar y un 30% de mala Autonomía familiar; tales resultados son parcialmente similares con la presente investigación, en cuanto que el 45,10% corresponde a un nivel muy alto de Apoyo familiar general, y un nivel muy alto en su dimensión Afectivo consciente con el 58,82%. Finalmente, del estudio de Gambetta (2019) en Tacna - Perú, podemos destacar los resultados descriptivos de la variable Depresión en pacientes oncológicos, mostrando un nivel mínimo de depresión para un 51,09% de tales pacientes, mientras que en el presente estudio la depresión llega a alcanzar niveles de gravedad en el orden del 30,72%, pero no obstante en la presente investigación se presentan niveles leves para tres de las cinco dimensiones de la depresión: la dimensión afectiva de la depresión (49,67%), la dimensión motivacional (47,71%) y la dimensión cognitiva (43,14%) con niveles leves de depresión.

Realizando una contrastación con el marco teórico, se observa que Olson (1989; 2000), reconoce que a través del apoyo en la familia es posible solucionar eventos de conflicto o anular periodos de dificultades personales o problemas compartidos por toda o parte de la familia; para Levenson (2009) esto se debe a la conexión que existe entre cada integrante del grupo familiar con los demás que la constituyen. Es por ello por lo que se han activado modelos de estudio a nivel psicológico y psiquiátrico que puedan atender al paciente oncológico, siempre dirigidos a generar un mejor nivel de bienestar general, haciéndoles frente a las amenazas de cuadros desadaptativos, depresivos o delirantes. Todo ello guarda correspondiente relación con el sustento teórico presentado en el presente estudio según Philbrick et al. (2012), quien fundamenta que el entorno íntimo de la familia se incluye en el estudio de la psicooncología a fin de generar un efecto favorable al paciente que padece de enfermedades cancerígenas. Asimismo Sadock (2008) menciona que los pacientes que padecen algún tipo de cáncer tienden frecuentemente a padecer niveles de depresión, pues el cambio de sus estilos de vida y preocupación por las técnicas y terapias a los que va a ser expuesto con sus respectivos riesgos, son activadores de cuadros depresivos, pero frente a ello es posible aplicar terapias y programas de intervención que inviertan tales valores. También, los resultados del presente estudio son consecuentes con Retamal (1999) para quien la depresión se

explica como un trastorno de la voluntad, genera un menoscabo de la predisposición o inconvenientes de poder obtener agrado en labores cotidianas y continuadas de distintas sintomatologías psíquicas y físicas. Finalmente, frente a los resultados leves de la depresión en el presente estudio en cuanto a sus dimensiones afectivo, motivacional y cognitivo, Preston (2002) explica que es frecuente la presencia de depresión en los individuos, no obstante, del mismo modo como pasa con otras dificultades o sucesos de emociones, gran parte de la sociedad tiene vergüenza o inhibición en sincerarse de que está padeciendo depresión.

CONCLUSIONES

Luego de obtener los resultados, es posible arribar a las conclusiones del estudio, las mismas que se presentan:

- Primera: De acuerdo con los datos recopilados y su respectivo análisis en razones estadísticas se puede determinar un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,348$ y un valor de significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Con tales indicadores es posible establecer que existe relación inversa y significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. Es decir que en cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.
- Segunda: De acuerdo con los datos recopilados y su respectivo análisis en razones estadísticas se puede determinar un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,138$ y un valor de significancia de $p = 0,089$ ($p > 0,05$). Con tales indicadores es posible establecer que no existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. Es decir que en cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de la dimensión Afectiva de la Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.
- Tercera: De acuerdo con los datos recopilados y su respectivo análisis en razones estadísticas se puede determinar un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,392$ y un valor de significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Con tales indicadores es posible establecer que existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. Es decir que en cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de la dimensión Motivacional de la Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.

- Cuarta: De acuerdo con los datos recopilados y su respectivo análisis en razones estadísticas se puede determinar un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,302$ y un valor de significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Con tales indicadores es posible establecer que existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. Es decir que en cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de la dimensión Cognitiva de la Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.
- Quinta: De acuerdo con los datos recopilados y su respectivo análisis en razones estadísticas se puede determinar un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,420$ y un valor de significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Con tales indicadores es posible establecer que existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. Es decir que en cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de la dimensión Conductual de la Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.
- Sexta: De acuerdo con los datos recopilados y su respectivo análisis en razones estadísticas se puede determinar un coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,263$ y un valor de significancia de $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Con tales indicadores es posible establecer que existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. Es decir que en cuanto mayor sea facilitado el Apoyo familiar entonces menor es el nivel de la dimensión Física de la Depresión en los pacientes oncológicos evaluados.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los directivos proponer estrategias con el personal médico, enfermeros y psicólogos para el control de la depresión, enfatizando en los niveles conductuales (observado en el aislamiento, dificultad o lentitud en sus labores diarias, cansancio) y físicos (falta de intimidad con su pareja, bajo peso, inapetencia, falta de sueño)
- Es recomendable que se considere el diagnóstico que ofrecen los resultados favorables del apoyo familiar para reforzar no solo las dimensiones de la depresión afectivo, motivacional y cognitivo, sino también para disminuir los niveles graves en el aspecto conductual con 45,75% (70/153) y moderados con tendencia a grave en el aspecto físico con 35,29% (54/153), por medio de la programación de planes de intervención con objetivos que involucren reducción de los niveles de depresión.
- Como recomendación para el personal médico especializado en oncología, se propone que este derive a los pacientes con cáncer a tratamientos o planes de intervención en psicología, con el objetivo que se oriente el alto apoyo familiar hacia las necesidades sociales y físicas del paciente.
- Dado que únicamente en la dimensión física de la depresión existe un 18,95% (29/153) de pacientes que no manifiestan síntomas depresivos, y un 81,05% (124/153) presentan algún nivel de depresión, por lo que se recomienda disminuir el nivel moderado de dicha dimensión física de la depresión, por medio de un trabajo multidisciplinario profesional (médicos, enfermeros, técnicos, terapeutas físicos, psicólogos, nutricionistas, entre otros) por tratarse de pacientes oncológicos.
- Se recomienda a los investigadores que en futuro desarrollen sus estudios en la población oncológica con ambas variables, que prioricen en las dimensiones de la depresión, a fin de que se pueda obtener una información más amplia en cuanto al efecto del apoyo familiar, sobre todo en el nivel conductual y físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleteia Team. (2016). *8 síntomas físicos de la depresión*. Recuperado el 13 de junio de 2020, de <https://es.aleteia.org/2016/03/02/8-sintomas-fisicos-de-la-depresion/>
- Alvarado, K., Romero, S., & Salas, M. (2018). *Apoyo familiar en el cuidado del paciente oncológico adulto hospitalizado con quimioterapia en un Instituto Nacional de Lima, julio 2018*. (Tesis de especialidad), Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería, Lima, Perú. Recuperado el 13 de junio de 2021, de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4355/Apoyo_AlvaradoSanchez_Karin.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Anicama, J. (2015). En el Perú la depresión afecta a una de cada cinco personas. (M. Sausa, Entrevistador) *Diario Perú 21*. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://peru21.pe/lima/peru-depresion-afecta-cinco-personas-infografia-206770-noticia/#:~:text=Jos%C3%A9%20Anicama%2C%20especialista%20en%20salud,depresivas%20aumentan%20a%2012%20por>
- Azcárate, E., Valle, U., Villaseñor, R., & Gómez, A. (2017). Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención Familiar*, 24(4), 169-172. doi:<https://doi.org/10.1016/j.af.2017.08.002>
- Baptista, M. (2007). Inventário de Percepção do Suporte Familiar - IPSF (manual). *Psicologia ciência e profissão*, 27(3), 496-509. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v27n3/v27n3a10.pdf>
- Baptista, M., & Oliveira, A. (2004). Sintomatología de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/40168>
- Barbero, J., Gómez, X., Maté, J., & Mateo, D. (2014). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas:*

Intervención psicológica y espiritual. Cataluña, España: Obra Social "la Caixa". Recuperado el 13 de junio de 2021, de <https://www.copcv.org/db/docu/161024144856kmPH8sA4OPaD.pdf>

Barco, R. (2018). *Apoyo familiar percibido por los asistentes del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del Distrito de Santa Anita en la Ciudad de Lima, 2018*. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3616/008594_Trab._Suf._Prof._Barco%20Pachas%20Rossana%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Bárez, M., Blasco, T., & Fernández, J. (2003). The feelings of control induced by psychological interventions in cancer patients: Are they the main key to explain the efficacy observed? *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 235-246. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27701>

Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39 - 52. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/16580/14212/>

Beck, A. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10(1), 561-571.

Beck, A. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(1), 561-571.

Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects (Publicado en 1972 como Depression: Causes and treatment)*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19na. ed.)*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de

https://www.academia.edu/33358084/Beck_Rush_Shaw_y_Emeri_-_Terapia_cognitiva_de_la_depresi%C3%B3n_19a._ed._

Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck* (2da. edición manual ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>

Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(1), 561–571. doi:<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación* (3ra. ed.). Bogotá, Colombia: Pearson Educación.

Bonifacio, Y. (2019). *Apoyo familiar y social relacionado con la depresión en adultos mayores en el Centro de Salud Liberación Social – La Libertad 2019*. (Tesis de licenciatura), Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas - Escuela Académico Profesional de Enfermería, Trujillo. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40477?show=full&locale-attribute=es>

Bowen, M. (2016). *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Washington: Bowen Center for the Study of the Family / Georgetown Family Center. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=NUQUDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA124&dq=La+Teor%C3%ADa+Familiar+Sist%C3%A9mica+de+Bowen+\(2015\)+consiste+en+conocer+la+conducta+humana+la+cual+entiende+el+aspecto+familiar+como+un+%C3%BAnico+grupo+de+la+emoci%C3%B3n&o](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=NUQUDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA124&dq=La+Teor%C3%ADa+Familiar+Sist%C3%A9mica+de+Bowen+(2015)+consiste+en+conocer+la+conducta+humana+la+cual+entiende+el+aspecto+familiar+como+un+%C3%BAnico+grupo+de+la+emoci%C3%B3n&o)

Brenlla, M., & Rodríguez, C. (2006). *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II: Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Briones, J., & Moya, A. (2020). *Estrategias de afrontamiento familiar frente a la depresión que vivió el miembro adulto mayor durante el primer mes de*

confinamiento por COVID19. (Tesis de licenciatura), Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales y Políticas - Carrera de Trabajo Social, Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/15607/1/T-UCSG-PRE-JUR-TSO-132.pdf>

Cabrera, Y., López, E., López, E., & Aldama, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522/1570>

Carbajal, G., & Moya, S. (2013). *Grado de depresión y apoyo familiar percibido por el adulto mayor (Tesis de licenciatura)*. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/267>

Cares, F., Melo, M., & Sepúlveda, D. (2018). *Efecto mediador del compromiso organizacional sobre la adicción al trabajo*. (Tesis de licenciatura), Universidad de Concepción, Escuela de Ciencias y Tecnologías, Los Ángeles, Concepción, Chile. Recuperado el 13 de junio de 2021, de <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/3233/4/Cares%20Gallegos%20-%20Melo%20Mart%C3%ADnez%20-%20Xep%7Bulveda%20Beltr%C3%A1n.pdf>

Castillo, A. (2017). *Apoyo familiar y su relación con síntomas de ansiedad o depresión en madres adolescentes gestantes que acuden a consulta ginecológica en el Centro de Salud N° 3 - Loja*. (Tesis de licenciatura), Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana - Carrera de Psicología Clínica, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19274>

Catalán, J. (2003). *Conducta y depresión*. Obtenido de <https://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html>

Celma, L., & Peralta, M. (2014). Programa de intervención psicológica para supervivientes de cáncer (IPSSCA). En S. Orejudo, F. Royo, J. Soler, & L.

Aparicio, *Inteligencia Emocional y Bienestar* (págs. 353-372). Zaragoza: Universidad Zaragoza. Recuperado el 13 de junio de 2021, de https://www.psicoragon.es/sites/default/files/libro_inteligenciareducido.pdf

Charvet, M. (2016). *Depresión y su influencia en la adaptación social de pacientes con diagnóstico de cáncer entre las edades de 30 a 60 años del Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, Solca Tungurahua (Tesis de licenciatura)*. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 13 de junio de 2020, de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20309/2/CHARVET%20JIMENEZ%20MARIA%20DEL%20CARMEN.pdf>

Conde, V., & Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12(1), 153-167.

Conde, V., Esteban, T., & Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31(1), 469-497.

Cuti, T. (2020). *Engagement y riesgo psicosocial en trabajadores de una empresa de tercerización de venta de productos financieros*. (Tesis de licenciatura), Universidad Ricardo Palma, Facultad de Psicología, Lima. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3452/ENGAGEMENT%20Y%20RIESGO%20PSICOSOCIAL%20EN%20TRABAJADORES%20DE%20UNA%20EMPRESA%20DE%20TERCERIZACION%20DE%20VENTA%20DE%20PRODUCTOS%20FINANCIEROS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dahab, J., Rivanedeira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1-5. Recuperado el 13 de junio de 2020, de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Del Corral, J. (2016). La ausencia de apoyo familiar participa en la aparición de la enfermedad mental. *Diario ABC*. (L. Peraita, Entrevistador) Recuperado el

13 de mayo de 2020, de https://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci- ausencia-apoyo-familiar-participa-aparicion-enfermedad-mental- 201605131254_noticia.html

Díaz, E. (2018). *Nivel de autoestima y depresión en pacientes hospitalizados, en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa – 2017 (Tesis de licenciatura)*. Arequipa, Perú: Universidad Alas Peruanas. Recuperado el 13 de junio de 2020, de http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7355/1/T059_70770345_T.pdf

Equilibrio y Armonía Psicólogos. (2020). *Estadísticas de depresión en el Perú*. Recuperado el 10 de julio de 2021, de <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/>

Espinoza, R., Machco, K., & Torres, T. (2017). *Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. servicio de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016 (Tesis de licenciatura)*. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao. Recuperado el 13 de junio de 2020, de http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3416/Espinoza%20M ayanga,Machco%20y%20Torres%20Lozano_titulo%20profesional%20enfer meria_2017.pdf?sequence=1

Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

Flores, G. (2017). *Riesgos psicosociales y compromiso organizacional en los enfermeros del Hospital San José Callao, 2017*. (Tesis de maestría), Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado, Callao, Perú. Recuperado el 13 de junio de 2021, de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/21988/Flores_ GGC.pdf?sequence=1

Flores, S., & Larrea., K. (2020). *Apoyo familiar y calidad de vida del paciente en hemodiálisis en la clínica: Instituto Nefrourológico del Norte Chiclayo.2020*. (Tesis de Segunda Especialidad), Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo,

Facultad de Enfermería - Unidad de Posgrado, Lambayeque. Obtenido de http://repositorio.unprg.edu.pe:8080/bitstream/handle/20.500.12893/8920/Flores_Gurreonero_Silvia_y_Larrea_Gonzales_Karim_Lizeth.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Francia, Z. (2018). *Estudio comparativo de las mejoras en la calidad de vida, estilos de afrontamiento y ansiedad y depresión entre una intervención cognitivo conductual y otra basada en mindfulness en pacientes oncológicos (Tesis de maestría)*. Elche, España: Universidad Miguel Hernández. Recuperado el 13 de junio de 2020, de <http://193.147.134.18/bitstream/11000/5935/1/FRANCIA%20Zaida%20TFM.pdf>

Gambetta, M. (2019). *Relación entre estrategias de afrontamiento y niveles de depresión en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud de Tacna, 2017 (Tesis de licenciatura)*. Tacna, Perú: Universidad Privada de Tacna. Recuperado el 13 de junio de 2020, de <http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/1113/1/Gambetta-Men%C3%A9ndez-Marcia.pdf>

Garay, K. (2016). La depresión es el trastorno mental más común en Perú. *Diario Oficial El Peruano*. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://elperuano.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>

García, M. (2011). *Participación de los padres de familia en Educación Siglo XIX y XX*. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de Biblioweb.tic.unam.mx: http://biblioweb.tic.unam.mx/diccionario/htm/articulos/sec_9.htm

George, D., & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step. A Simple Guide and Reference*. : Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

GEPAC. (2013). Madrid: Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Recuperado el 13 de mayo de 2020, de https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2013/pacientes/documentos-y-videos/GEPAC_Todo_lo_que_empieza_cuando_termina_el_cancer.pdf

- González, D., Reséndiz, A., & Reyes, I. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam154b.pdf>
- Gorozabel, L., Loor, L., & Cedeño, M. (2020). Condiciones familiares que favorecen la permanencia del acompañamiento en el tratamiento de los pacientes oncológicos de Solca, Portoviejo. *Revista Científica de Ciencias Sociales*, 4(2). Recuperado el 13 de junio de 2021, de <http://www.revistasocialium.com/index.php/es/article/view/89/html>
- Haro, C. (2019). *El compromiso organizacional, como influye en los factores de riesgos psicosociales de los trabajadores de la empresa F. V. Área Andina S. A. en el año 2019*. (Tesis de licenciatura), Universidad Tecnológica Indoamérica, Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, Quito, Ecuador. Recuperado el 13 de julio de 2021, de <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1946/1/HARO%20IBARRA%20%20CARLOS%20MATEO.pdf>
- Hernández, C. (2020). *Valoración geriátrica oncológica en la predicción de quimiotoxicidad en cáncer no hematológico Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019-2020*. (Tesis de especialidad), Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú. Recuperado el 13 de junio de 2021, de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6771/hernandez_ccz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta. ed.). México: McGraw Hill Education. Recuperado el 13 de octubre de 2019, de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hidalgo, E. (2005). *Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo* (Tesis de licenciatura). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de

San Marcos. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1017>

Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. En S. McNamee, & K. Gergen, *Therapy as social construction*. . Newbury Park, CA: Sage.

Instituto Nacional del Cáncer. (2021). *Depresión (PDQ®)–Versión para profesionales de salud*. Recuperado el 13 de junio de 2021, de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq>

Jiménez, R. (2020). *Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos*. (Tesis de especialidad), Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro. Obtenido de <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2172>

León, M. (2016). Cáncer de pulmón: Perú registra 1,500 nuevos casos de esta enfermedad cada año. Diario Perú 21. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://peru21.pe/lima/cancer-pulmon-peru-registra-1-500-nuevos-casos-enfermedad-ano-218714-noticia/>

Levenson, J. (2009). Factores psicológicos que afectan a las enfermedades clínicas, . En R. Hales, S. Yudofsky, & G. Gabbard, *Tratado de Psiquiatría Clínica* (5ª edición ed., págs. 813-838). Barcelona, España: Elsevier Masson España.

Leyva, E. (2019). *Percepción del apoyo familiar en los pacientes del Centro de Salud “La Tulpuna”, en la provincia de Cajamarca, periodo 2019 (Tesis de licenciatura)*. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4217/TRABSU_FICIENCIA_LEYVA_ELVIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Li, M., Boquiren, V., & Lo, C. (2011). Depression and anxiety in supportive oncology. En M. Davis, P. Feyer, & P. Ortner, *Supportive oncology* (págs. 528-540). Philadelphia, PA, EE.UU.: Elsevier.

- Li, M., Fitzgerald, P., & Rodin, G. (2012). Evidence-based treatment of depression with cancer. *J Clin Oncol*, 30(11), 1187- 1196. doi:10.1200/JCO.2011.39.7372
- López, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/Lopez%20Roldan%20%26%20Fachelli%20-%20An%C3%A1lisis%20Log%20Lineal.pdf>
- Luna, V. (2014). *La Importancia del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de pacientes con VIH/SIDA del H.G.Z. 53. Los Reyes I.M.S.S. (Tesis de licenciatura)*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14516/411532.pdf?sequence=1>
- Manders, W., Scholte, R., Jansens, J., & Bruyn, E. (2006). Adolescent Personality, Problem Behaviour and the Quality of the Parent–adolescent Relationship. *European Journal of Personality*, 20(3), 237–254. doi:<https://doi.org/10.1002/per.574>
- Medina, R. (2018). *El síndrome de Burnout y el compromiso organizacional en el personal administrativo en los centros de educación superior*. (Tesis de maestría), Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias Administrativas, Ambato, Ecuador. Recuperado el 13 de junio de 2021, de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27276/1/19%20GTH.pdf>
- Mérida, J. (2012). *Nivel de depresión en personas privadas de libertad (Estudio realizado en la cárcel de la Comisaría 42, Policía Nacional Civil, San Marcos, S.M.) (Tesis de licenciatura)*. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Merida-Jose.pdf>
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview based studies. *Lancet Oncol.*, 12(2), 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- National Institute of Mental Health. (2021). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Recuperado el 13 de julio de 2021, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/>
- Navarro, J., Castro, C., Iriarte, C., Benítez, M., Gutiérrez, M., Lhoeste, Á., . . . Bravo, L. (2018). *Enfoques, Teorías y Perspectivas de la Psicología y sus Programas Académicos*. Sincelejo, Sucre, Colombia: CECAR Editorial. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://www.cecar.edu.co/documentos/editorial/e-book/enfoques-teorias-y-perspectivas-de-la-psicologia-y-sus-programas-academicos.pdf>
- Novara, J., Sotillo, C., & Wharton, D. (1985). *Estandarización de las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión*. Lima, Perú: Instituto de Salud Mental Honorio Delgado--Hideyo--Noguchi.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagomez, A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa – cualitativa y redacción de la tesis*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Olson, D. (1989). Circumplex model of family systems VIII: Family assessment and intervention. En Olson, D., C. Russell, & D. Sprenkle, *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families* (págs. 7-40). New York: Haworth Press. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xDP0h7_JunQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Circumplex+model:+Systemic+assessment+and+treatment+of+families&ots=LtfoEsUa8h&sig=_YpF6ULnEh5bPvf8oKZMoaEbHHs

- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. (T. A. Practice, Ed.) *Journal of Family Therapy*, 22(1), 144–167. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-6427.00144>
- OMS. (2018). *Cáncer*. Recuperado el 13 de agosto de 2020, de Centro de prensa. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- OMS. (2018). *Press Release N° 263 (Comunicado de prensa N° 263)*. Recuperado el 13 de agosto de 2020, de International Agency for Research on Cancer - World Health Organization: https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf
- OPS. (1995). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Décima Revisión. Volumen 1*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Ortíz, V. (2016). *Apoyo familiar a los pacientes con cáncer en el área de Medicina Interna del Hospital IESS Ambato (Tesis de licenciatura)*. Ambato, Ecuador. Recuperado el 13 de octubre de 2019, de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5079/1/PIUAENF024-2016.pdf>
- Osorio, L. (2014). *La orientación para el fortalecimiento de la resiliencia en adolescentes en situaciones de riesgo (Tesis de maestría)*. Bárbula, Carabobo, Venezuela: Universidad de Carabobo. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/820/1/oluis.pdf>
- Ovelar, I. (2016). *El impacto del cáncer en la familia*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar, Psicoterapia de Familia y de Pareja, Bilbao, España. Recuperado el 13 de junio de 2021, de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>

- Philbrick, K., Rundell, J., Netzel, P., & Levenson, J. (2012). *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A guide to Consultation-Liaison Psychiatry* (2da. edición ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Pinkerton, J., & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family Social Work*, 12(1), 219–228. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00497.x>
- Pizzinato, A., de Almeida, D., Pagnussat, E., Almeida, J., & Bones, K. (2020). Apoyo Social e Integración Comunitaria en los Usuarios de la Política Brasileña de Protección Social Básica. *Phykhe*, 30(1), 1-9. Recuperado el 13 de julio de 2021, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v30n1/0718-2228-psykhe-00104.pdf>
- Preston, J. (2002). *Cómo vencer la depresión*. México D.F.: Editorial Pax México. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=e4vCKfazAQQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=depresi%C3%B3n+\(Preston,+2002\).&ots=X_hlw4WvHU&sig=W340hSQ68-dbe3G3ZUQqWMRj-BQ#v=onepage&q=depresi%C3%B3n%20\(Preston%2C%202002\).&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=e4vCKfazAQQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=depresi%C3%B3n+(Preston,+2002).&ots=X_hlw4WvHU&sig=W340hSQ68-dbe3G3ZUQqWMRj-BQ#v=onepage&q=depresi%C3%B3n%20(Preston%2C%202002).&f=false)
- Puerto, H. (2017). Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1407-1422. Recuperado el 13 de junio de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n1/2216-0973-cuid-8-01-01407.pdf>
- RAE. (2021). *Española Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de Real Academia Española: <https://dle.rae.es>
- Redondo, D. (2015). *Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck al Gran Área Metropolitana de Costa Rica (Tesis de licenciatura)*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2398/1/38830.pdf>

- Relat, M. (2010). Introducción a la investigación básica. *Rapd Online*, 33(3), 221-227. Obtenido de <https://www.sapd.es/revista/2010/33/3/03/pdf>
- Retamal, P. (1999). *Depresión*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria.
- Rincón, E. (2018). *Factores psicosociales y el compromiso organizacional en la empresa Lear Sport International S.A.C. Puente Piedra, Lima – 2018*. (Tesis de licenciatura), Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Empresariales, Lima, Perú. Recuperado el 13 de julio de 2021, de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/24820>
- Rodríguez, G. (2019). *La depresión en pacientes adultos mayores oncológicos de la casa hogar Beato Enrique Rebuschini en el distrito de Surquillo, periodo 2019*. (Tesis de licenciatura), Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Psicología y Trabajo Social, Lima. Recuperado el 13 de mayo de 2021, de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5003/TRSUFI_CIENCIA_RODR%C3%8DGUEZ%20QUISPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, J. (2017). *El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia*. (Tesis doctoral), Universidad de Barcelona, Facultad de Educación, Barcelona, España. Recuperado el 13 de junio de 2021, de https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/405842/JRR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, R. (2015). *¿Cómo se desarrolla un trastorno psicológico?* Recuperado el 13 de junio de 2020, de <https://lamenteesmaravillosa.com/como-se-desarrolla-un-trastorno-psicologico/>
- Rojas, O., Fuentes, C., & Robert, V. (2017). Psicooncología en el hospital general. alcances en depresión y cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(3), 450-459. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.05.017>
- Ruiz, E. (2017). *Depresión y apoyo familiar en personas transgénero*. (Tesis de licenciatura), Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario,

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Programa de Psicología,
Bogotá. Obtenido de
[https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13484/Tesis%20fi
nal%20de%20Tatiana%20Ruiz.pdf?sequence=1](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13484/Tesis%20final%20de%20Tatiana%20Ruiz.pdf?sequence=1)

Ruíz, F. (2017). *Riesgos Psicosociales y Compromiso de los colaboradores de la Institución Educativa Nacional N°81764 La Cantera – Huanchaco – 2017*. (Tesis de licenciatura), Universidad César Vallejo, Escuela Académico Profesional de Administración, Trujillo, Perú. Recuperado el 13 de junio de 2021, de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11522/ruiz_m
a.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11522/ruiz_ma.pdf?sequence=1)

Sadock, A. (2008). *Medicina psicosomática, Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica* (10ma. edición ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer Health.

Saldaña, S. (2017). *Incidencia de los factores de riesgo psicosocial en el compromiso organizacional en los agentes de seguridad de la empresa Seguró del distrito de Trujillo – 2015*. (Tesis de maestría), Universidad Nacionl de Trujillo, Unidad de Posgrado en Ciencias Económicas, Trujillo, Perú. Recuperado el 13 de julio de 2021, de [https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/12291/Salda%C3%
B1a%20Alc%C3%A1ntara%20Sara%20Erika.pdf?sequence=1&isAllowed=
y](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/12291/Salda%C3%B1a%20Alc%C3%A1ntara%20Sara%20Erika.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salvador, J. (2020). *Compromiso organizacional y riesgos psicosociales del sector marítimo portuario ecuatoriano*. (Tesis doctoral), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad , Lima, Perú. Recuperado el 13 de junio de 2021, de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11857/Sal
vador_mj.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11857/Salvador_mj.pdf?sequence=1)

Sanz, J., & García, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de psicología*, 29(1), 66-

75. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.1.130532>

Sausa, M. (2017). Ministerio de Salud: Riesgo de suicidio es 8 veces mayor entre las mujeres que sufren violencia. *Diario Perú 21*. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <https://peru21.pe/vida/salud/ministerio-salud-riesgo-suicidio-8-veces-mayor-mujeres-sufren-violencia-375090-noticia/>

Umbarger, C. (1987). *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

Universidad de Sevilla. (2011). *Apoyo Familiar*. Recuperado el 13 de junio de 2020, de Valoración enfermera de la familia. Guía básica: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_12.htm

Vásquez, P. (2017). *Factores psicosociales y su impacto en el compromiso laboral en una empresa de automatización en Querétaro*. (Tesis de licenciatura), Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Contaduría y Administración, Querétaro, México. Recuperado el 13 de julio de 2021, de <http://ri-ng.uaq.mx/jspui/bitstream/123456789/1551/1/RI005063.pdf>

Vega, J., Coronado, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*, 77(2), 95-103. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>

Viana, H., Pereira, A., Celi, A., De Brito, A., & Nunez, M. (2021). Psychometric Properties of the Family Support Perception Inventory (IPSF). *Ciencias Psicológicas*, 1-12. Recuperado el 13 de julio de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212021000101218&script=sci_arttext&tlng=en

Villalobos, M. (2018). *Apoyo familiar percibido por los pacientes atendidos en ANIQUEM en la ciudad de Lima, Período 2018 (Tesis de licenciatura)*. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado el 13 de octubre de 2019, de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3583/TRAB.S>

UF.PROF_Melissa%20Villalobos%20Zamora.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Von Bertalanffy, L. (1986). *Teoría General de los Sistemas*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 13 de mayo de 2020, de https://cienciasyparadigmas.files.wordpress.com/2012/06/teoria-general-de-los-sistemas-_fundamentos-desarrollo-aplicacionesludwig-von-bertalanffy.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia Descriptivo Correlacional

Título: Apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021

Responsable: Jessica Esther Tello Torres

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021?</p> <p>Problemas Específicos P.E.1. ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021? P.E.2. ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Motivacional de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021? P.E.3. ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión con la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021? P.E.4. ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión con la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021? P.E.5. ¿Qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión con la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021?</p>	<p>Objetivo General Definir qué relación existe entre el Apoyo familiar y Depresión para casos de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.</p> <p>Objetivos Específicos O.E.1. Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión de pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. O.E.2. Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. O.E.3. Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021. O.E.4. Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021. O.E.5. Determinar qué relación existe entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021.</p>	<p>Hipótesis General Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021.</p> <p>Hipótesis Específicas H.E.1. Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. H.E.2. Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Afectiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021. H.E.3. Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Cognitiva de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021. H.E.4. Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Conductual de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021. H.E.5. Existe relación significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión Física de la Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021.</p>	<p>Variable X: Apoyo Familiar</p> <p>Dimensiones: D1: Afectivo consciente D2: Adaptación familiar D3: Autonomía familiar</p> <p>Variable Y: Depresión</p> <p>Dimensiones: D1: Área afectiva D2: Área motivacional D3: Área cognitiva D4: Área conductual D5: Área física</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Tipo de investigación: Aplicada Nivel de Investigación: Descriptivo correlacional Diseño: No experimental Población: La población de estudio lo conforman 251 pacientes diagnosticados en promedio semanal con cáncer atendidos en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Muestra: La muestra la conforma los 153 pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. La técnica de muestreo es de tipo aleatorio probabilístico. Técnica e instrumentos: Técnica: Encuesta Instrumentos: Cuestionario de Apoyo Familiar de Rossana María Barco Pachas (2018). Inventario de depresión de Beck II (DBI-II) de Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (2009)</p>

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Ficha sociodemográfica

Datos Generales

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad: _____
3. Estado civil: Soltero / Casado / Conviviente / Divorciado / Viudo
4. Nivel de estudios: Sin estudios / Primaria / Secundaria / Superior
5. ¿Cuántos meses lleva en tratamiento oncológico? _____ meses
6. ¿Con qué familiares vive o se relaciona frecuentemente? (Puede marcar más de una respuesta)
 Padre y madre
 Hermanos/as
 Solo pareja / esposo/a
 Solo con el padre
 Solo con la madre
 Solo con los hermanos/as
 Otro familiar (abuelos/as, tíos/as, sobrinos/as, primos/as, cuñados/as, entre otros)
 Vivo solo
7. ¿Usted o algún miembro de su familia se contagió del Covid-19? Sí No
8. ¿Algún miembro cercano de su familia falleció desde el inicio de pandemia (marzo, abril, mayo, junio)? Sí No

Cuestionario de Apoyo Familiar

Introducción: Estimado paciente el siguiente cuestionario tiene el objetivo de conocer el nivel de involucramiento y participación que Ud. percibe de parte de sus familiares. De anticipado muchas gracias por su colaboración.

A continuación, se presenta un listado de enunciados, con su respectiva escala de respuestas, marcar sólo una alternativa.

DIMENSION: AFECTIVO CONSCIENTE		No	En parte	Sí
1	Se siente protegido por su familia.			
2	El respeto es uno de los valores primordiales practicado en casa.			
3	Cuando esta con su familia, ellos siempre le demuestran cariño.			
4	La seguridad que su familia le brinda, le permite seguir con su vida normalmente.			
5	Su familia le brinda apoyo en situaciones de angustia o preocupación, por algún motivo.			
6	Su familia es siempre respetuosa con usted.			
7	Siente que su familia se pone en su lugar cuando usted se encuentra triste o desmotivado.			
DIMENSION: ADAPTACION FAMILIAR		No	En parte	Sí
8	Su familia ha aceptado que Usted ya es una persona que requiere de cuidados.			
9	Su familia lo entiende y acepta por la etapa de vida que usted está viviendo, sin tratarlo mal.			
10	Cree que su familia está esforzándose para poder cuidarlo.			
11	Actualmente en su hogar comparte responsabilidades con algún miembro de la familia.			
12	Siente que su familia ha modificado sus roles o actividades para poder velar por el bienestar suyo.			
13	Dentro del hogar usted forma parte de las distintas actividades que se realizan diariamente.			
14	Su familia lo deja desenvolverse de forma autónoma, sin restricciones.			
15	Su familia lo motiva a participar en reuniones sociales, donde usted puede interactuar con otras personas.			
DIMENSION: AUTONOMIA FAMILIAR		No	En parte	Sí
16	Su familia confía en que usted se puede cuidar solo.			
17	Cuando están reunidos en casa tiene la libertad de contarle sus problemas e inquietudes a su familia.			
18	Tiene la confianza de que su familia estará con usted siempre, sin dejarlo solo.			
19	Considera que mantiene el mismo grado de comunicación y confianza con su familia, como hace años.			
20	Su familia lo deja tomar sus propias decisiones sin criticar.			
21	Su familia respeta su privacidad con respecto a su vida social que tiene con sus amistades.			
22	Cuando no quiere conversar con nadie, su familia respeta ese momento en el que usted no desea compartirlo.			

Inventario de Depresión de Beck II

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.
8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía llorar.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 3: Informe de Turnitin menos del 28% de similitud



9	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Católica Sedes Sapientiae Trabajo del estudiante	<1 %
12	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	vsip.info Fuente de Internet	<1 %
14	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Colegio Champagnat Trabajo del estudiante	<1 %
16	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1 %
17	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
18	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

20	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
21	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
24	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD Trabajo del estudiante	<1 %
25	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.ulasamericas.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

31	dspace.umh.es Fuente de Internet	<1 %
32	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
34	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	<1 %
35	dehesa.unex.es Fuente de Internet	<1 %
36	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
37	revistas.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	Submitted to Universidad Politecnica Salesiana del Ecuador Trabajo del estudiante	<1 %
40	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1 %

41	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	<1 %
42	archive.org Fuente de Internet	<1 %
43	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	Submitted to Universidad Dr. José Matías Delgado Trabajo del estudiante	<1 %
45	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
46	revistaseug.ugr.es Fuente de Internet	<1 %
47	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
48	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
49	Submitted to Universidad Privada de Tacna Trabajo del estudiante	<1 %
50	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
51	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

52	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
53	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
54	revistaschilenas.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
55	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
56	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
57	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	<1 %
58	www.grade.org.pe Fuente de Internet	<1 %
59	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
60	revistas2.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
61	Submitted to unjbg Trabajo del estudiante	<1 %
62	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
63	repositorio.umb.edu.pe	

	Fuente de Internet	<1 %
64	cornejotimote.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
65	ijpsat.ijshjournals.org Fuente de Internet	<1 %
66	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
67	repositorio.uaustral.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
68	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
69	www.mustangclubmexico.org Fuente de Internet	<1 %
70	Submitted to Ministerio de Defensa Trabajo del estudiante	<1 %
71	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
72	repositorio.unajma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
73	Brenda Díaz-Landa, Rosana Meleán-Romero, William Marín-Rodríguez. "Rendimiento académico de estudiantes en Educación Superior: predicciones de factores influyentes	<1 %

a partir de árboles de decisión", Telos Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 2021

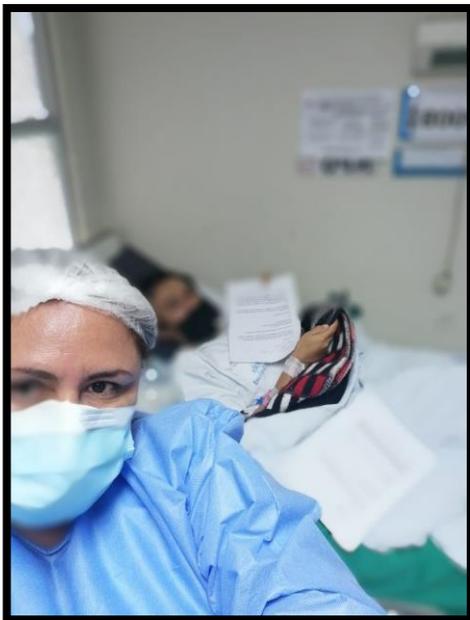
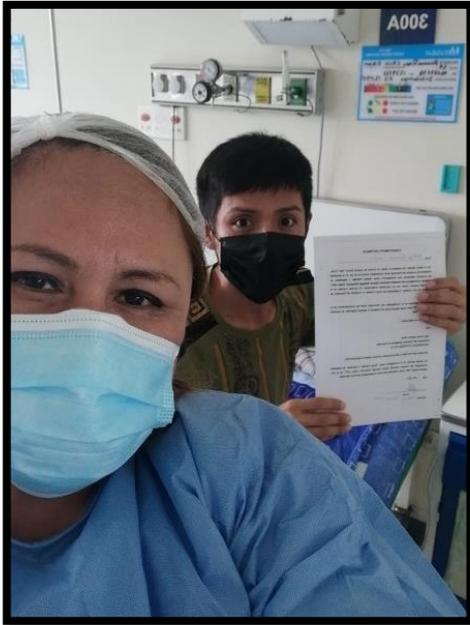
Publicación

74	Luis Sarmiento Loayza, María Teresa Valenzuela. "Health-related quality of life in older people with functional independence or mild dependence", Aging & Mental Health, 2020	<1 %
Publicación		
75	bdigital.uexternado.edu.co	<1 %
Fuente de Internet		
76	ddd.uab.cat	<1 %
Fuente de Internet		
77	dspace.palermo.edu	<1 %
Fuente de Internet		
78	pendientedemigracion.ucm.es	<1 %
Fuente de Internet		
79	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
80	tesis.usat.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
81	www.diariomedico.com	<1 %
Fuente de Internet		
82	www.scribd.com	<1 %
Fuente de Internet		

83	www.uvrcorrectoresdetextos.com Fuente de Internet	<1 %
84	Luis Huaman Carhuas, Hugo F. Gutiérrez-Crespo. "Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada", Enfermería Nefrológica, 2021 Publicación	<1 %
85	lookformedical.com Fuente de Internet	<1 %
86	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
<hr/> <p> <input type="checkbox"/> Excluir citas <input type="checkbox"/> Apagado <input type="checkbox"/> Excluir coincidencias <input type="checkbox"/> Apagado <input type="checkbox"/> Excluir bibliografía <input type="checkbox"/> Activo </p>		

Anexo 4: Evidencia fotográfica

Evidencias de la firma del consentimiento informado y aplicación de los instrumentos



**Anexo 5: Carta de autorización del Hospital Nacional Alberto Sabogal
Sologuren Essalud**



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

MEMORANDO N° 059 -CIEI-OIyD-GRPS-ESSALUD-2021

PARA: Srta. JESSICA ESTHER TELLO TORRES
Investigador Principal

DE: Dra. CARLA PATRICIA POSTIGO OVIEDO
Presidenta del CIEI

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA: Proyecto: "Apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Essalud-2020".

FECHA: Callao, 24 de Febrero del 2021,



Me dirijo a usted para saludarle y comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación, en sesión virtual de día jueves 18 de Febrero del 2021, **APROBÓ** el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** de la referencia, luego de levantar las observaciones.

Atentamente,

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN HOSPITAL NACIONAL
"ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN"
Dra. CARLA PATRICIA POSTIGO OVIEDO
PRESIDENTA

NIT: 684 - 2020 - 525

www.essalud.gob.pe

Jr. Colina N° 1081
Bellavista - Callao

Tel.: 4297744/ ANEXO 5581-515

**Anexo 5: Constancia de aplicación del instrumento del Hospital Nacional
Alberto Sabogal Sologuren Essalud**



CONSTANCIA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

Por medio de la presente se hace constar que:

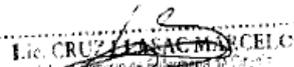
Tello Torres Jessica Esther, identificada con DNI N° 08158000, estudiante del Programa Académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Ica, ha aplicado sus instrumentos de recolección de datos del trabajo de investigación científica titulada:

"Apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021", en el mes de setiembre y octubre a los pacientes oncológicos de los servicios de cirugía oncológica, ginecología oncológica, neurocirugía y especialidades quirúrgicas.

Se hace mención que la presente aplicación de instrumentos realizado a los pacientes oncológicos, fue autorizado por el comité institucional de ética en investigación del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines que estime por conveniente.

Callao, 19 de noviembre de 2021


LIC. CRUZ UJASAC MARCELO

Lic Cruz Ujasac Marcelo

Jefe de enfermería del servicio de cirugía II

Anexo 6: Consentimiento informado firmado por el paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a): RODRO MARTIN HERNANDEZ GONZALEZ DE URSUAQUEZ

Con el debido respeto, me presento a usted, mi nombre es Jessica Esther Tello Torres, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Ica. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre "Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021" y para ello quisiera contar con su importante colaboración. El proceso consiste en la aplicación de dos pruebas: Cuestionario de Apoyo Familiar e Inventario de Depresión de Beck II.

De aceptar participar en la investigación, me informarán todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas, se explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

Atte.

Tello Torres Jessica Esther
Estudiante del Programa Académico de Psicología
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

De haber sido informado y estar de acuerdo, por favor rellene la siguiente parte.

Yo, acepto aportar en la investigación sobre "Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021" de la Sra. Jessica Esther Tello Torres, habiendo informado mi participación de forma voluntaria.

Día: 07/09/2021

MARTIN HERNANDEZ GONZALEZ
Firma

Nombre: MARTIN HERNANDEZ GONZALEZ
DNI: 09850086
teléfono: 961447552

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a): Santos Yanqwa Cladyd Rocio

Con el debido respeto, me presento a usted, mi nombre es Jessica Esther Tello Torres, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Ica. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre "Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021" y para ello quisiera contar con su importante colaboración. El proceso consiste en la aplicación de dos pruebas: Cuestionario de Apoyo Familiar e Inventario de Depresión de Beck II.

De aceptar participar en la investigación, me informarán todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas, se explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

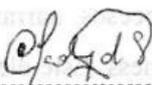
Atte.

Tello Torres Jessica Esther
Estudiante del Programa Académico de Psicología
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

De haber sido informado y estar de acuerdo, por favor rellene la siguiente parte.

Yo, acepto aportar en la investigación sobre "Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021" de la Sra. Jessica Esther Tello Torres, habiendo informado mi participación de forma voluntaria.

Día: 07/09/2021


.....
Firma

Nombre:

Cladyd Rocio Santos Yanqwa
DNI 41472183
Celular 9808634307 (#236B)

