

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



Sintomatología depresiva y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

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

**AUTORES**

Anita del Pilar Vidaurre Gonzales  
Flavio Cesar Vicuña Pareja

**ASESORA**

Caroline Gabriela Marín Cipriano

Lima, Perú  
2024

**METADATOS COMPLEMENTARIOS****Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 2**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 3**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 4**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Datos de los Asesores****Asesor 1**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

**Asesor 2**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

### Datos del Jurado

#### Presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

### Datos de la Obra

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

**\*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

#### ACTA N° 108-2024

En la ciudad de Lima, a los diecisiete días del mes de Julio del año dos mil veinticuatro, siendo las 14:30 horas, los Bachilleres Vidaurre Gonzales, Anita del Pilar y Vicuña Pareja, Flavio Cesar sustenta su tesis denominada "**Sintomatología depresiva y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**" para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1.- Prof. Rafael Martin Del Busto Bretonche | APROBADO : BUENO |
| 2.- Prof. Roger Joaquin Angulo Salas        | APROBADO : BUENO |
| 3.- Prof. Victoria Paula Sandoval Medina    | APROBADO : BUENO |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Caroline Gabriela Marín Cipriano

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 15:55 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

**APROBADO : BUENO**

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretonche  
Presidente



Prof. Roger Joaquin Angulo Salas



Prof. Victoria Paula Sandoval Medina



Prof. Caroline Gabriela Marín Cipriano

Lima, 17 de Julio del 2024

**Anexo 2**

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Ciudad, 23 de agosto del 2024

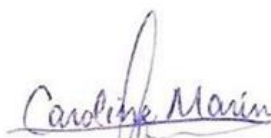
Señor(a),  
Yordanis Enriquez Canto  
Jefe del Departamento de Investigación  
Facultad Ciencias de la Salud  
Escuela de PSICOLOGIA UCSS

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis / informe académico/ trabajo de investigación/ trabajo de suficiencia profesional, bajo mi asesoría, con título: *Sintomatología depresiva y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*, presentado por Anita Del Pilar Vidaurre Gonzales con código de estudiante 2017100257 y DNI 73671910 y por Flavio Cesar Vicuña Pareja con código de estudiante 2017100253 y DNI 70947671 para optar el título profesional de Psicología ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 3%** (tres por ciento).\* Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



---

Firma del Asesor (a)  
DNI N°: 47207503  
ORCID: 0000-0001-7299-9915  
Facultad de Ciencias de la Salud

\* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLOGICOS DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLASICAS

## **DEDICATORIA**

Dedicado a dios porque fue quien nos  
guio en nuestro camino.

A Javier Vidaurre por transmitirnos sus  
aprendizajes, brindarnos su confianza,  
motivarnos y darnos su apoyo a lo largo  
de la carrera.

A Anita Gonzales por estar pendiente de  
nosotros, por exigirnos, motivarnos y  
guiarnos en todo momento; por  
enseñarnos que cada esfuerzo tiene su  
recompensa.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios, que nos ha concedido llegar a la finalización de este trabajo de investigación.

A nuestros padres por su apoyo incondicional en todo nuestro proceso de formación.

A los pacientes quienes amablemente colaboraron con el desarrollo de este estudio y nos permitieron obtener mayor información de cómo es la realidad que viven.

A Juana, Paolo, Renzo, Patricia y Valentina quienes constantemente nos brindaron su apoyo y contribuyeron de diferentes maneras en la realización de esta investigación.



## RESUMEN

**Objetivo:** Esta investigación buscó explorar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo-correlacional de diseño no experimental de corte transversal; debido a que se hizo uso de la observación, análisis y descripción de variables para poder determinar la posible relación entre ellas. La muestra fue conformada por 374 pacientes mayores de 18 años. Para recolectar la información se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI), la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) y una ficha sociodemográfica; además se aplicaron pruebas estadísticas como la normalidad de Shapiro-Will y el chi cuadrado con el fin de analizar las variables. **Resultados:** El 53.94% de los pacientes tenían cáncer urológico y el 47.06% cáncer ginecológico. El 51.07% presentaba síntomas de depresión leve y el 62.56% tenía una funcionalidad familiar con aspectos por mejorar, no se encontró una relación significativa entre las variables principales ( $p=1.54$ ); pero si entre la dimensión cohesión familiar y la sintomatología depresiva ( $p=0.00$ ). **Conclusiones:** Los pacientes con menor funcionalidad familiar no mostraron indicadores significativos de depresión, posiblemente ocasionado por el apoyo externo y las estrategias proporcionadas por la institución.

**Palabras clave:** Depresión, familia, cáncer, dinámica familiar (Fuente: DeCS)

## ABSTRACT

**Objective:** This research sought to explore the relationship between depressive symptomatology and family functionality in oncology patients at the National Institute of Neoplastic Diseases. **Materials and methods:** A descriptive-correlational study of non-experimental cross-sectional design was carried out; because it made use of observation, analysis and description of variables in order to determine the possible relationship between them. The sample consisted of 374 patients over 18 years of age. The Beck Depression Inventory (BDI), the Family Cohesion and Adaptability Scale (FACES III) and a sociodemographic card were used to collect the information; in addition, statistical tests such as Shapiro-Will normality and chi-square were applied to analyze the variables. **Results:** 53.94% of the patients had urological cancer and 47.06% had gynecological cancer. 51.07% had mild depressive symptoms and 62.56% had family functionality with aspects to improve, no significant relationship was found between the main variables ( $p=1.54$ ); but between the family cohesion dimension and depressive symptomatology ( $p=0.00$ ). **Conclusions:** Patients with lower family functionality did not show significant indicators of depression, possibly caused by the external support and strategies provided by the institution.

**Key words:** Depression, family, cancer, family dynamics (Source: DeCS)

## ÍNDICE

Resumen	iii
Índice	v
Introducción	vi
Capítulo I El problema de investigación	7
1.1. Situación problemática	7
1.2. Formulación del problema	8
1.3. Justificación de la investigación	8
1.4. Objetivos de la investigación	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	9
1.5. Hipótesis	9
Capítulo II Marco teórico	10
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.1.1. Antecedentes internacionales	10
2.1.1. Antecedentes nacionales	11
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Sintomatología depresiva	12
2.2.2. Funcionalidad familiar	14
2.2.3. Cáncer	16
Capítulo III Materiales y métodos	19
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	19
3.2. Población y muestra	19
3.2.1. Tamaño de la muestra	19
3.2.2. Selección del muestreo	20
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	20
3.3. Variables	20
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables	20
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	20
3.5. Plan de análisis e interpretación de la información	22
3.6. Ventajas y limitaciones	23
3.7. Aspectos éticos	23
Capítulo IV Resultados	25
Capítulo V Discusión	35
5.1. Discusión	35
5.2. Conclusión	36
5.3. Recomendaciones	37
Referencias bibliográficas	39
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que puede afectar cualquier parte del cuerpo; una característica principal es la proliferación rápida de células anómalas que se propagan más allá de sus límites normales, ocasionando así una metástasis que logra afectar a otros órganos. Es por ello que el cáncer está catalogado como una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, con casi 10 millones de fallecimientos atribuidos solo en el 2020. (Organización Mundial de la Salud, 2022). En Latinoamérica se estima una tasa de mortalidad de 7.7% lo que corresponde a 749242 casos de muertes. Y nuestro país ha reportado una prevalencia de 9%, equivalente a 16790 casos de cáncer, en personas de 5 años a más, independientemente del sexo. (Organización Mundial de la Salud, 2022). El cáncer es un problema de salud pública por lo cual es crucial desarrollar una atención integral para el diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno; además es esencial mirarlo desde un enfoque multidisciplinario, lógico y sostenible argumentando en experiencias pasadas y proyecciones del alarmante aumento mundial de esta enfermedad. (Ministerio de salud, 2020)

El impacto del COVID-19 fue significativo pues generó complicaciones adicionales para los pacientes con cáncer, quienes ya enfrentaban una serie de desafíos físicos, emocionales y sociales durante el curso de su enfermedad. Estos desafíos se intensifican a medida que progresa el cáncer y están estrechamente relacionados con los tratamientos y las etapas de la enfermedad. El proceso implica adaptaciones a niveles personales, familiares, laborales y sociales que afectan diversos aspectos de la vida diaria del paciente. Abordar estas complejidades es fundamental para mejorar su calidad de vida. Por lo cual se establecieron nuevas estrategias para brindar un soporte a los pacientes oncológicos durante la pandemia. (Ministerio de Salud, 2020)

En base a ello, la presente investigación titulada “Síntomatología depresiva y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” tiene como objetivo general determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos. Además, el propósito del estudio es proporcionar información para la posible elaboración de programas preventivos que permitan disminuir la presencia de la depresión y fortalecer la funcionalidad familiar en los pacientes.

Esta investigación tuvo cinco secciones. La situación problemática, el planteamiento del problema, los objetivos y las hipótesis de la investigación se expusieron en el primer capítulo del estudio. En el segundo capítulo se ofrece una explicación detallada del marco teórico e histórico de la investigación. El Capítulo 3 detalló la metodología de la investigación, que incluyó la determinación de las variables del estudio, describiendo los pasos para recopilar datos y explicando cómo se analizarían los datos estadísticamente. El cuarto capítulo detalla los hallazgos del estudio. El Capítulo 5 incluyó una evaluación en profundidad de la discusión, los hallazgos y las sugerencias. Finalmente, el estudio fue citado adecuadamente incluyendo referencias bibliográficas relevantes, que reconocen el trabajo de los autores que fueron tomados en cuenta para el desarrollo de la investigación.

## CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.2. Situación problemática

La depresión es un trastorno mental común que afecta de forma global a personas de todas las edades y condiciones sociales, se estima que los 280 millones (3.8%) de la población presenta indicadores de depresión siendo las mujeres más propensas a padecerlas; lo cual lo convierte en una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2023). Según la OMS (2023), la prevalencia global de la depresión ha aumentado en las últimas décadas y se proyecta una tasa de prevalencia de 4.4%. Del mismo modo se observa una prevalencia del 20 al 25% de pacientes oncológicos que presentan depresión la cual esta con el tipo de cáncer que padece, el estadio de la enfermedad y el tratamiento. La incidencia depresiva en los pacientes con cáncer ginecológico es del 23% y de pacientes con cáncer urológico es 20% (National Cancer Institute, 2023)

En el Perú, la depresión también representa una carga significativa para la salud. Aproximadamente el 5.4% de la población adulta sufre de depresión mientras que entre el 30 y 40% de la población joven (19-26 años) presenta síntomas depresivos (Instituto Nacional de Estadística e Informática , 2019).

La sintomatología depresiva hace referencia a una variedad de síntomas que pueden afectar el estado emocional, cognitivo, conductual y físico de una persona. Desde la perspectiva cognitiva de Aaron Beck el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. Esto implica que quienes lo padecen les dan mayor importancia a los pensamientos negativo llegando a afectar el estado de ánimo y la forma en la que el individuo percibe y procesa la realidad (Dahab, et al., 2022).

La sintomatología depresiva puede modificar la funcionalidad familiar; las personas que lo padecen experimentan dificultades para cumplir sus roles familiares y mantener relaciones saludables con su entorno. El tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer debe realizar de forma integral pues la familia brinda un soporte esencial que favorece en la adherencia al tratamiento (Pousa, et al., 2015).

La funcionalidad familiar es un aspecto crucial para el bienestar de los miembros, cuando se genera un ambiente adecuado impacta en la personalidad, el comportamiento y la adaptación de la persona; esto está caracterizado por presentar una cohesión familiar, apoyo y comunicación efectiva entre los miembros de la familia (Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, 2021).

Según Olson (1989) a funcionalidad familiar hace referencia a la capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes y mantener vínculos emocionales saludables entre los miembros; para ello es importante que presenten niveles adecuados de cohesión y adaptabilidad dentro de la familia.

La presencia de enfermedad crónica, como lo es el cáncer puede ocasionar un problema con la composición y el funcionamiento de la familiar; pues hace que el paciente se sienta "diferente", lo que tensa sus relaciones con sus seres queridos y amigos. Cuando las familias intentan adaptarse a la enfermedad de su ser querido, pueden experimentar depresión después de lidiar con la incertidumbre que conlleva

A pesar de la importancia de entender la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos, existe un vacío de conocimiento en esta área. Aunque hay estudios que han explorado individualmente a la depresión y la funcionalidad familiar, son escasos los que examinan específicamente cómo la sintomatología depresiva afecta la dinámica familiar en pacientes con enfermedades crónicas.

La presente investigación tiene como objetivo ampliar el conocimiento sobre las variables de estudio entre los jóvenes de diferentes universidades que muestran interés en el tema. De esta manera, buscamos contribuir de manera altruista a la sociedad. En este sentido, hemos identificado la necesidad de explorar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

## **1.2. Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

### **Problema específico**

¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cómo es la funcionalidad familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos?

¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos?

## **1.3. Justificación de la investigación**

Las preocupaciones sobre el impacto del desarrollo de síntomas depresivos en los pacientes con cáncer en el funcionamiento familiar motivaron a los investigadores a realizar este estudio.

En todo el mundo, el cáncer se ha convertido en un importante problema de salud y la principal causa de muerte. En Perú, el número de nuevos casos de cáncer aumentó de 42.846 en 2012 a 66.627 en 2018 (35.873 mujeres y 30.754 hombres), un aumento de más del 2,9% respecto al período anterior (ESSALUD, 2023)

La depresión es una condición mental que puede dificultar la vida con la enfermedad y limitar la adherencia suficiente a la terapia; Además, cuando nos enfrentamos a un diagnóstico de cáncer, sentimos angustia tanto física como emocional. El trastorno depresivo se encuentra entre los problemas de salud más prevalentes y se cree que afecta entre el 15% y el 25% de los pacientes con cáncer (Rodríguez, et al., 2015)

Debido al papel vital que desempeñan para ayudar al paciente con cáncer a afrontar la enfermedad y mejorar su calidad de vida, incluido el apoyo emocional, es esencial identificar y tratar la depresión como parte del tratamiento del cáncer (Armado Tineo, et al., 2021).

Según una investigación publicada en la revista Salud Pública y Nutrición, la depresión es menos común en familias funcionales en comparación con familias moderadamente funcionales. Entre los adultos de 20 a 60 años del grupo familiar moderadamente funcional se encontró depresión severa (Rodríguez García, et al., 2017).

Considerando que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas nunca antes había estudiado estas variables, la investigación contribuirá a nuestra comprensión científica de los síntomas depresivos y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos. Los hallazgos ofrecerán una imagen más completa de las condiciones de estos pacientes, como se mencionó anteriormente.

De manera similar, los hallazgos del estudio pueden informar el desarrollo de programas preventivos y de promoción que reduzcan el impacto de la depresión en el funcionamiento diario.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas

### **1.4.2. Objetivos específicos**

Identificar los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Identificar los niveles de funcionalidad familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos.

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos.

## **1.5. Hipótesis**

### **Hipótesis general**

H1: Existe relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

H0: No existe relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

### **Hipótesis específica**

HE1: Existe relación entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

HE0: No existe relación entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

HE2: Existe relación entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

HE0: No existe relación entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

HE3: Existe relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos.

HE0: No existe relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos.

HE4: Existe relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos.

HE0: No existe relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

A continuación, se presentarán los antecedentes del estudio los cuales describen la investigación desde un nivel internacional y nacional; para la recopilación de datos se utilizó el registro de trabajos de investigación (RENATI); el repositorio institucional de la UNAM; Google académico; repositorio de la universidad Nacional de Cuyo. Además, cabe mencionar que no existen muchas investigaciones a nivel internacional.

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

Gontijo et al. (2023) realizaron una investigación en el contexto internacional con el objetivo de evaluar las variables relacionadas con los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en etapas tardías de la enfermedad, así como los factores que pueden protegerlos. Los pacientes que reciben tratamiento paliativo para el cáncer avanzado fueron objeto de una investigación transversal. Los participantes eran pacientes con cáncer que tenían 18 años o más y habían mantenido su función cognitiva en el momento de completar la encuesta. Se utilizaron cuestionarios desarrollados y administrados por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC-C30) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Los hallazgos mostraron que, entre las neoplasias, el cáncer de colon representó el 20%, el de mama el 12,9% y el de pulmón el 10%. Casi la mitad (52,9%) de la población padecía depresión y ansiedad, mientras que el 44,3% padecía solo una. Hubo una correlación entre el grado de funcionamiento de un paciente y su probabilidad de experimentar ansiedad, depresión o ambas. Un alto nivel de rendimiento general se asoció con una menor probabilidad de ansiedad y tristeza. Los resultados de esta investigación muestran que los pacientes con cáncer en cuidados paliativos tienen una tasa significativa de ansiedad y tristeza. Hubo una correlación negativa entre estos resultados y un mejor funcionamiento y calidad de vida

El estudio de Torres-Blasco et al. (2023) tuvo como objetivo estudiar los requisitos psicosociales de los pacientes latinos con cáncer avanzado y cómo el funcionamiento familiar (cohesión y expresividad) se relaciona con estas demandas. Con base en los datos recopilados de 103 personas con cáncer avanzado (estadios III y IV), se realizaron análisis descriptivos y de correlación. Entre las escalas utilizadas se encuentran la Evaluación Funcional de la Terapia contra el Cáncer, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el Índice de Relaciones Familiares. El funcionamiento familiar era deficiente para la mayoría de los individuos (65%). La calidad de vida era buena para aquellos cuyas familias trabajaban bien (35%). Hubo una fuerte correlación entre la reducción de la ansiedad, la desesperación y la desesperanza y una mejor calidad de vida. El 22,3% de los pacientes latinos con cáncer avanzado notaron una baja cohesión; esos pacientes también mostraron mayores niveles de preocupación y tristeza. Aquellos que eran más expresivos también tendían a ser menos desesperados y las dos variables estaban significativamente correlacionadas. Finalmente, los resultados de este estudio muestran que los síntomas psicosociales y la calidad de vida de los pacientes latinos con cáncer se ven muy afectados por el funcionamiento de sus familias.

En una línea similar, Cordeiro et al. (2021) se propusieron confirmar, entre los pacientes con cáncer y sus familias, que existe una conexión entre la calidad de vida relacionada con la salud y los sentimientos de ansiedad y depresión durante la quimioterapia. En la investigación cuantitativa, transversal y correlacional participaron 130 pacientes y 130 de sus familiares. Se utilizaron como herramientas de caracterización clínica y sociodemográfica la Encuesta de Salud de formato corto de 36 ítems del Estudio de Resultados Médicos y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Según los datos, en comparación con los familiares, los pacientes presentaban síntomas de ansiedad el 33,1% de las veces y síntomas de depresión el 19,2% de las veces. A los pacientes les fue peor que a los miembros de su familia en



medidas de calidad de vida física y vitalidad relacionada con la salud. Quienes informaron síntomas de depresión y ansiedad tuvieron una peor calidad de vida que quienes no los informaron. Los resultados muestran que los pacientes con cáncer y sus seres queridos que reciben quimioterapia para la enfermedad tienen más probabilidades de informar sentimientos de tristeza y ansiedad cuando se les pide que califiquen su calidad de vida en relación con su salud.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

A escala nacional Pascual (2023) realizó una investigación descriptiva correlacional sobre los niveles de depresión de los pacientes y el apoyo familiar en el programa Preventivo Liga Contra el Cáncer. La muestra la conformaron los 66 pacientes que participaron en la Liga Preventiva Contra el Cáncer de Cajamarca. Los grados de depresión de los pacientes y el apoyo familiar se evaluaron mediante entrevistas y encuestas. Los hallazgos demostraron una fuerte correlación entre los grados de apoyo familiar de los pacientes y sus niveles de depresión. Se demostró que los pacientes que asisten a cuidados preventivos contra el cáncer tienen más probabilidades de experimentar depresión si no cuentan con el apoyo familiar. Quedó claro que la depresión es un problema de salud mental grave y frecuente que puede afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes, en particular aquellos a quienes se les ha diagnosticado cáncer. Se descubrió que el apoyo familiar tiene un papel importante en la capacidad de los pacientes con cáncer para evitar y superar la desesperación.

De manera similar, Tello (2022) encuestó a 153 pacientes con cáncer en un hospital del Callao para determinar la asociación entre el apoyo familiar y la depresión. El estudio fue de naturaleza correlacional. El grado de apoyo familiar que sentían los pacientes y su depresión se evaluaron mediante herramientas de evaluación validadas. Los aspectos afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión se correlacionaron significativamente con el nivel de apoyo familiar que los pacientes con cáncer informaron haber recibido. Las investigaciones han demostrado que la salud mental de los pacientes se ve afectada positivamente por el apoyo familiar, particularmente en la reducción de los niveles de depresión en varios ámbitos. Se determinó que el bienestar emocional de los pacientes con cáncer se ve afectado por el apoyo familiar, lo que implica que un mayor apoyo puede conducir a un mejor tratamiento de la depresión para esta población.

Así mismo, Gamboa (2021) utilizó una técnica correlacional cuantitativa para encuestar el funcionamiento familiar y la calidad de vida de pacientes con cáncer en una clínica privada de Lima. Sesenta pacientes oncológicos de una clínica privada de Lima cumplieron con los criterios de inclusión y constituyeron la muestra. La calidad de vida de los pacientes con cáncer se evaluó mediante la escala EORTC QLQ-30, mientras que el funcionamiento familiar se midió mediante el APGAR familiar. Los hallazgos de este estudio mostraron que los pacientes con cáncer en una clínica privada en Lima tenían una mejor calidad de vida cuando sus familias funcionaban. Los autores del estudio encontraron importantes factores familiares funcionales y de calidad de vida que afectan la salud de los pacientes. Según los datos, se demostró que un mayor funcionamiento familiar está relacionado positivamente con una mejor calidad de vida en los pacientes con cáncer. Para garantizar la salud general de los pacientes con cáncer que reciben tratamiento en las clínicas privadas de Lima, es crucial enfatizar la importancia de reforzar el apoyo familiar y fomentar técnicas que mejoren el funcionamiento familiar.

Además, Angulo (2020) investigó a pacientes con cáncer con el objetivo de conocer cómo los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas afrontan el estrés en relación con su entorno social familiar. La muestra la constituyeron 170 pacientes del Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima. La investigación utilizó un diseño transversal no experimental y fue de naturaleza descriptivo-

correlacional. Además, los factores se midieron mediante escalas y cuestionarios validados. El afrontamiento positivo se asoció con un entorno social familiar elevado, según los hallazgos del estudio, lo que indica una asociación sustancial entre los dos factores.

Por último, Casavilca-Zambrano et al. (2020) realizaron investigaciones sobre la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes peruanas con cáncer de mama en estadio temprano (I y II) y examinan la relación entre estos síntomas y factores sociodemográficos. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú, los investigadores utilizaron un diseño analítico descriptivo transversal para estudiar a 254 mujeres con cáncer de mama que se encontraban en las etapas tempranas o intermedias de la enfermedad. Las participantes femeninas tenían entre 26 y 67 años. Para medir los síntomas de depresión, administraremos el Inventario de Depresión de Beck-II. Las pacientes con cáncer de mama en Perú son desproporcionadamente propensas a tener síntomas depresivos. Factores como la edad, el estado civil, el nivel educativo, el domicilio y el puesto de trabajo están fuertemente correlacionados con los síntomas de depresión. Estos hallazgos resaltan la necesidad crítica de identificar y tratar la depresión en pacientes con cáncer de mama en etapa temprana para mejorar su calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Sintomatología depresiva**

El individuo muestra impaciencia, depresión, ideas suicidas y sollozos como parte de una reacción en cadena de conductas cognitivamente defectuosas. Las declaraciones negativas relacionadas con uno mismo, el mundo y el futuro caracterizan la enfermedad depresiva mayor cuando ésta se mantiene durante un periodo prolongado.

#### **Modelo Cognitivo Conductual**

Según la teoría del triángulo cognitivo de Aarón Beck, quienes sufren de depresión suelen tener tres visiones distintas de la realidad: el presente, el pasado y el futuro. En este modelo, la persona forma una imagen mental de sí misma y del mundo que la rodea, o "esquema". La tríada cognitiva (ideas negativas sobre uno mismo, el presente y el futuro) es un sello distintivo de la enfermedad depresiva mayor, que es más una enfermedad del pensamiento que una condición del estado de ánimo. Según Beck, las atribuciones de una persona deprimida serán bastante subjetivas. Cuando suceden cosas terribles, las personas deprimidas se culparán a sí mismas, y cuando suceden cosas maravillosas, culparán al azar. Según Beck, los siguientes son algunos indicios objetivos de depresión que deben considerarse para intervenir eficazmente durante el tratamiento (Dahab, et al., 2022)

- Afectivos: sentirse deprimido, sin placer, descontento.
- Motivacionales: se refiere al fuerte deseo de mantenerse alejado de los desafíos, que abarca las actividades cotidianas.
- Cognitivos: Desafíos con el enfoque, la memoria y la atención. Tener problemas para tomar decisiones debido a distorsiones cognitivas presentes durante la fase de procesamiento de la información.
- Conductuales: En cuanto al comportamiento, puede manifestarse como falta de entusiasmo, inactividad, lentitud o agitación psicomotriz.
- Fisiológicos o vegetativos: Cambios en los patrones de sueño (hipersomnia o insomnio), cambios en el hambre, reducción del deseo de aparearse.

Según el paradigma cognitivo de Aarón Beck, el principal cambio en el trastorno depresivo se sitúa en el área del procesamiento de la información. Los esquemas aprendidos en la niñez pueden resurgir durante los episodios depresivos; estos

esquemas pueden permanecer latentes y desencadenar una respuesta en la persona cuando experimenta eventos estresantes comparables a su entrenamiento.

Una persona que sufre depresión a menudo tiene una visión pesimista de la vida en general, de su lugar en ella específicamente y de sus perspectivas para el futuro; una persona se forma una imagen mental de sí misma y de su entorno a partir de este modelo (Dahab, et al., 2022).

Cuando una persona presenta algún signo de psicopatología, se cree que sus esquemas activados son desadaptativos. Esto conduce a un patrón de errores en el procesamiento de la información, lo que a su vez les permite hacer referencias arbitrarias o generalizaciones basadas en lo que observan (Chavez Carrillo, 2020).

### **Dimensiones de la sintomatología depresiva**

Las tres dimensiones de la sintomatología depresiva, que son cognitiva, físico-conductual y afectivo-emocional, reflejan diferentes aspectos de la experiencia depresiva. Aquí se explica cada una de estas dimensiones:

#### **Dimensión cognitiva**

La dimensión cognitiva de la depresión, como lo describe (Beck, Rush, Shaw, & Emery) en su trabajo, se refiere a los procesos de pensamiento negativos y distorsionados que son característicos de esta enfermedad mental. Beck postula que los individuos deprimidos tienden a interpretar la realidad de una manera sesgada y negativa, lo que contribuye a su experiencia depresiva. Aquí hay una explicación más detallada sobre esta dimensión:

- **Pensamientos negativos:** En la depresión, los individuos tienden a tener una visión pesimista y negativa de sí mismos, de los demás y del mundo que les rodea. Estos pensamientos negativos pueden incluir creencias como "soy un fracaso", "nadie me quiere" o "todo está mal",
- **Autoevaluaciones negativas:** Las personas deprimidas tienden a tener una baja autoestima y una autoimagen negativa. Se critican a sí mismas de manera excesiva y se perciben como ineptas, indignas o inútiles.
- **Pesimismo sobre el futuro:** Los individuos deprimidos suelen tener dificultades para ver un futuro positivo. Pueden sentir que las cosas nunca mejorarán y que están atrapados en una situación desesperada e interminable.
- **Autocrítica excesiva:** La autocrítica es común en la depresión y puede manifestarse en forma de pensamientos como "todo es mi culpa", "soy un fracaso" o "no merezco ser feliz". Esta autocrítica excesiva contribuye a la baja autoestima y al sentimiento de desesperanza que caracteriza a la depresión.

#### **Dimensión físico - conductual**

La dimensión físico-conductual de la depresión, como lo describe (Seligman, 1975) hace referencia a los cambios observables en el cuerpo y el comportamiento que están asociados con la depresión. Aquí se explica de manera más detallada sobre esta dimensión:

- **Cambios en el sueño y el apetito:** Los individuos deprimidos pueden experimentar alteraciones en sus patrones de sueño y apetito. Esto puede manifestarse como insomnio o hipersomnia (dormir en exceso), así como pérdida o aumento de apetito
- **Fatiga:** Un síntoma típico de la depresión es la fatiga, que puede describirse como una sensación abrumadora de estado letárgico que persiste después de dormir lo suficiente

- **Agitación o lentitud motora:** Algunas personas deprimidas pueden experimentar agitación psicomotora, lo que se manifiesta como inquietud, inquietud o incapacidad para quedarse quietos. Por otro lado, otros pueden experimentar lentitud motora, lo que se traduce en movimientos más lentos y una falta de reactividad.
- **Disminución de la actividad social:** Las personas deprimidas a menudo se aíslan y dejan de participar en las cosas que antes les encantaban. De esto puede surgir una sensación de soledad y exclusión social.
- **Disminución del interés en actividades placenteras:** La anhedonia, o la incapacidad para experimentar placer en actividades que antes se disfrutaban, es un síntoma característico de la depresión. Los individuos pueden perder interés en pasatiempos, relaciones sociales y otras actividades que antes les proporcionaban placer.

### **Dimensión afectivo-emocional**

La dimensión afectivo-emocional de la depresión, como lo describe (Lewinsohn, 1975) donde se centra en los cambios en el estado de ánimo y las emociones que son característicos de esta enfermedad mental. Aquí se da una explicación de manera más detallada sobre esta dimensión:

La depresión se manifiesta a través de una variedad de cambios en el estado emocional y afectivo de una persona. La tristeza persistente es uno de los síntomas más prominentes, y puede manifestarse como una sensación abrumadora de desánimo, desesperanza o vacío emocional. Esta tristeza no se limita a un episodio puntual, sino que persiste durante un período prolongado y puede ser difícil de sacudir.

Además de la tristeza, las personas deprimidas experimentan una pérdida significativa de interés o placer en actividades que antes disfrutaban. Esto se conoce como anhedonia y puede manifestarse como una disminución en la participación en pasatiempos, relaciones sociales o responsabilidades laborales.

La irritabilidad es otro síntoma común de la depresión, y puede manifestarse como una sensibilidad excesiva a estímulos externos, respuestas emocionales exageradas o dificultades para controlar la ira. Esta irritabilidad puede afectar las relaciones interpersonales y dificultar la comunicación con los demás.

La ansiedad también puede estar presente en la depresión, manifestándose como preocupaciones excesivas, nerviosismo o sensaciones de inquietud. Esta ansiedad puede estar relacionada con los síntomas depresivos en sí mismos, así como con preocupaciones sobre el futuro y la capacidad para enfrentar los desafíos de la vida diaria.

### **2.2.2. Funcionalidad familiar**

Según (Olson D. & Sprenkle, 1989), la capacidad de una familia para adaptarse a sus circunstancias cambiantes y la fuerza de los vínculos emocionales que unen a sus miembros (cohesión) son los dos componentes principales que hacen que una familia sea funcional. La estabilidad de una familia depende de un patrón de intercambio emocional, por lo que cuando hay un desequilibrio en el sistema familiar, este se vuelve disfuncional. Esto hace que la familia no esté funcionando como debería, lo que puede derivar en dolor, agresividad, falta de afecto e incluso desintegración.

### **Modelo Circumplejo**

(Olson D. & Sprenkle, 1989) , se plantea a la familia como el principal soporte social y psicológico ante las adversidades del día a día, de esta manera este soporte se cristaliza a lo largo del ciclo vital de sus integrantes, este dinamismo se puede visualizar principalmente en 2 dimensiones.

- **Cohesión:** Grado en el que los miembros de la familia se sienten unidos emocionalmente.
- **Adaptabilidad:** Cuánto puede adaptarse una familia a nuevas normas, regulaciones y liderazgo es un indicador de su adaptabilidad.

Luego está la comunicación, la tercera "dimensión" que pretende facilitar el movimiento entre las dos dimensiones. La comunicación familiar, un recurso vital para educar a sus miembros sobre problemas instrumentales y afectivos, puede verse debilitada si sucesos inestables hacen que los miembros de la familia creen que no todos están haciendo su parte. Hay dos niveles de comunicación, según otros escritores. El primer nivel es el contenido, que se refiere a la información que se envía. El segundo nivel es la meta comunicación, que vincula la conexión entre los comunicadores. Esto muestra que ambos niveles están organizados jerárquicamente.

## **Clasificación de las familias**

### **Dimensión Cohesión**

- **Dispersa:** cada miembro es un subsistema; tienen un alcance limitado, tienen pocos intereses y no interactúan entre sí.
- **Separada:** cada persona es parte de un sistema más pequeño; sus límites externos e internos son vagos, pero sus límites generacionales son muy claros; y cuando sea necesario, puede tomar decisiones para la familia.
- **Conectada:** tienen límites distintos, semi abiertos e intergeneracionales, y brindan espacio para que los miembros crezcan de forma independiente.
- **Aglutinada:** Es difícil saber quién hace qué, ya que los límites no están claros.

### **Dimensión Adaptabilidad**

- **Caótica:** marcado por una falta de estructura, reglas consistentes y figuras de autoridad claras.
- **Flexible:** Su liderazgo es adaptable porque tiene en cuenta las opiniones de sus miembros y porque sus responsabilidades son compartidas
- **Estructurada:** caracterizado por una falta de espacio para la creatividad y el predominio de un liderazgo autoritario y una disciplina estricta.
- **Rígida:** describe posiciones inflexibles con margen limitado para avanzar, así como liderazgo autocrático y reglas estrictas.

## **Funciones de la familia según el modelo Circumplejo de Olson**

- **Apoyo mutuo** en forma de consuelo, compañerismo, actividades grupales y sentido de pertenencia; este apoyo se brinda dentro del contexto de la interdependencia de roles y se basa en conexiones emocionales. Los miembros del grupo también se brindan apoyo material, social y emocional entre sí.
- **Autonomía e independencia.** - El sistema es el medio por el cual cada individuo puede desarrollar todo su potencial. Si bien las responsabilidades familiares ayudan a moldear quiénes somos como individuos, el carácter de todos brilla incluso cuando no estamos juntos. En verdad, las familias participan en actividades tanto colectivas como individualmente.
- **Reglas.** - Existen normas y regulaciones explícitas o tácitas que regulan una unidad familiar y sus miembros. Los límites de los subsistemas deben ser rígidos pero lo suficientemente maleables para adaptarse a los cambios de contexto. Los puntos en común incluyen formas de interactuar.
- **La capacidad de adaptarse a nuevas circunstancias.** A medida que pasa el tiempo, la familia evoluciona, se reorganiza y se adapta para permanecer unida. Cualquier cambio, ya sea causado por factores internos o externos, requiere adaptación por parte de cualquier familia para que pueda seguir funcionando.

- Los miembros de la familia pueden expresarse entre sí a través de una variedad de medios, incluidas palabras habladas, lenguaje corporal y comunicaciones implícitas. Para que el resto de tareas familiares se realicen de forma completa y eficaz, la comunicación es vital. La capacidad de funcionamiento de una familia se ve comprometida cuando se interrumpen las líneas de comunicación.
- La cercanía y el apoyo emocional que sienten los familiares es a lo que nos referimos cuando hablamos de cohesión familiar.

Niveles extremadamente bajos de cohesión indican desorden en la familia, mientras que niveles altos indican un fuerte sentido de pertenencia entre los miembros de la familia. La medición y diagnóstico de la variable cohesión dentro del Modelo Circumplejo se basan en los siguientes conceptos particulares:

- Vínculo emocional: Es la conexión que tienen los miembros de la familia; se forma a través de vínculos de simpatía, demostrados a través del amor.
- Límites: establecen el lugar de la familia en la sociedad; su maleabilidad permite la interacción con otros sin comprometer la cohesión y la autoridad de la familia.
- Queda claro cuando un miembro de la familia intenta fortalecerse formando una alianza con otros miembros de la familia. A esto se le llama coalición.
- La armonía dentro de una familia determina cómo los miembros utilizan los lugares y tiempos compartidos sin dejar de respetar la necesidad de espacio personal de los demás; este enfoque se basa en vínculos emocionales y en el establecimiento y mantenimiento de límites apropiados.
- En este contexto, "amigos" significa la opinión que la familia tiene sobre los círculos sociales de sus miembros.
- Los miembros de la familia discuten y toman decisiones como parte del proceso de toma de decisiones, que incluye el establecimiento de acuerdos.

La capacidad de los miembros de la familia de trabajar juntos en iniciativas basadas en intereses y aficiones compartidas es un ejemplo de intereses y ocio. Dispersos, separados, unidos y unificados son los cuatro niveles que sugiere (Aguilar Arias, 2017)

### **2.2.3. Cáncer**

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2022) la palabra "Cáncer" se utiliza para describir una amplia gama de trastornos que pueden afectar cualquier área del cuerpo. Otra forma de describirlo es como "tumores malignos" o "neoplasias malignas". La rápida proliferación de células aberrantes que cruzan las membranas celulares normales e infiltran tejidos u órganos vecinos es una característica distintiva del cáncer, un fenómeno conocido como "metástasis". Siendo su principal medio de desaparición.

El cáncer fue una de las principales causas de mortalidad; tan solo en el 2022 causo 1.4 millones de muertes y se estima que al 2045 habrá aumentado en 6.7 millones (Organización Panamericana de la salud, 2023).

Entre las neoplasias malignas masculinas, las más prevalentes son la próstata (8,6%), la pulmonar (11.7%) y la rectal (6.4%). Entre los cánceres femeninos, el 25,2% son malignos, siendo el 18.4% cáncer de pulmón y el 10.6% cáncer de recto (Organización Panamericana de la salud, 2023).

### **Epidemiología del cáncer a nivel mundial**

Aunque las tasas de aparición y muerte del cáncer varían sustancialmente entre países y regiones, sigue siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. La composición de la población, la vivienda, los hábitos alimentarios y el acceso a tratamientos preventivos y curativos son factores que contribuyen a estas variaciones.

La carga mundial del cáncer ha aumentado constantemente, como (Organización Mundial de la Salud, 2024) señalan en su exhaustiva revisión del estado actual del cáncer a nivel mundial. El documento destaca muchas variables importantes que contribuyeron a este aumento:

**Envejecimiento y crecimiento de la población:** A medida que la población mundial envejece y crece, el número de casos de cáncer tiende a aumentar, ya que el riesgo de desarrollar la mayoría de los tipos de cáncer aumenta con la edad.

**Urbanización y desarrollo económico:** Estos procesos llevan a cambios en los estilos de vida que pueden incrementar la prevalencia de factores de riesgo para el cáncer, como dietas no saludables, inactividad física, aumento del consumo de tabaco y alcohol, y la exposición a contaminantes y carcinógenos ambientales.

El (Global Cancer Observatory, 2024) ofrece una herramienta valiosa para investigadores, responsables de políticas de salud y el público en general, proporcionando acceso a datos actualizados sobre la incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en todo el mundo. Este recurso permite:

- **Análisis comparativos:** Facilita la comparación entre diferentes regiones y países, ayudando a identificar patrones y tendencias en la incidencia y mortalidad del cáncer.
- **Planificación de la salud pública:** Los datos sirven como base para la planificación y evaluación de programas de salud pública, estrategias de prevención del cáncer y la asignación de recursos hacia donde son más necesarios.
- **Investigación y educación:** Provee una base de datos robusta para la investigación epidemiológica del cáncer y es una fuente educativa para aumentar la conciencia sobre el cáncer y sus factores de riesgo.

### **Epidemiología del cáncer a nivel Nacional**

Según la información de (Revilla T., 2021), la situación del cáncer en el Perú es un tema de gran importancia en la salud pública del país. Se presentan datos relevantes sobre la incidencia, mortalidad y registro de casos de cáncer en el Perú en el año 2021. Algunos aspectos destacados incluyen:

- **Incidencia de Cáncer en Lima Metropolitana, 2010-2012:** El Registro de Cáncer de Lima Metropolitana proporciona información crucial sobre la incidencia de cáncer en esta región durante ese período, en el caso de Lima metropolitana para las mujeres el cáncer de mama ocupa el primer lugar (40%) y para los varones el cáncer de próstata (48%)
- **Tendencias en el total de casos por año de cáncer de mama y de pulmón en Perú:** Se analizan las tendencias de casos de cáncer de mama y pulmón a lo largo de los años en el país, lo que puede ofrecer información sobre la carga de estas enfermedades. Se pronostica que para el año 2040 el cáncer de mama ascenderá de 6,985 a 11,473 nuevos casos y en el caso del cáncer de pulmón de 3,210 a 6,579.
- **Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el registro de cáncer en Perú, 2019-2021:** La pandemia ha tenido un impacto significativo en la atención médica y en el registro de casos de cáncer en el país, lo que puede influir en la detección y tratamiento de la enfermedad.
- **Casos Nuevos de Cáncer según localización registrados por el Sistema de Vigilancia en Perú, 2020:** Se presentan datos específicos sobre los casos nuevos de cáncer según la localización en el año 2020, lo que puede ayudar a comprender la distribución de la enfermedad en el país. En el Perú son el cáncer de cuello uterino seguido del cáncer de mama en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres el cáncer de estómago seguido del cáncer de piel.

- **Factores que influyen en la respuesta emocional al cáncer**

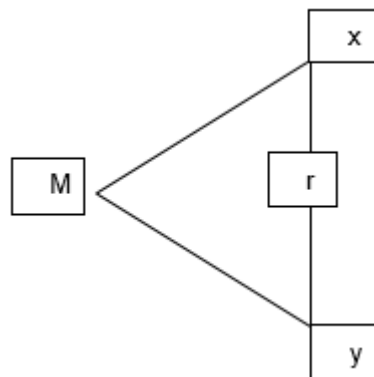
Desde los efectos psicológicos a corto plazo hasta los efectos a largo plazo de afrontar la enfermedad, las reacciones emocionales de los pacientes oncológicos ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer son un tema de intenso estudio. La investigación de (Walker , et al., 2014) profundiza en las respuestas emocionales multifacéticas de los pacientes con cáncer, llamando la atención sobre la aparición común de melancolía y ansiedad y la necesidad de incluir asistencia psicológica en el tratamiento del cáncer (Peng, et al., 2023) por ejemplo, examinaron el bienestar psicológico de 517 pacientes con cáncer; Walker no es el único autor que ha realizado contribuciones sustanciales en esta área. Se analizó cómo factores como las redes sociales, la autoeficacia en salud, los sistemas de creencias sobre el cáncer, el apoyo emocional y la comunicación centrada en el paciente afectaban el bienestar emocional de los pacientes. Los resultados mostraron que las actitudes sobre el cáncer, el apoyo emocional y la autoeficacia en salud tuvieron un buen efecto en la salud emocional. La autoeficacia en salud medió los efectos del apoyo emocional y la comunicación centrada en el paciente en la salud mental, mientras que las creencias sobre el cáncer moderaron la influencia del uso de las redes sociales en la salud mental.



## CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental de corte transversal, pues las variables de estudio no serán manipuladas y se observara la problemática en el contexto natural y durante un tiempo determinado con el fin de obtener resultados que posean mayor confiabilidad. Además, es de tipo correlacional, debido a que tiene la finalidad de conocer el grado de asociación que existe entre las variables de interés (Hernández, et al., 2016)



Donde:

M: Representa a los pacientes oncológicos del área de ginecología y urología de consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

x: Representa a la variable sintomatología depresiva

y: Representa a la variable funcionalidad familiar

r: Representa la posible relación entre las variables de estudio

### 3.2. Población y muestra

Un total de 13,809 pacientes oncológicos masculinos y femeninos con un mínimo de educación escolar básica y una edad de 18 años conforman la población del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. La sección de ginecología atendió a 7.897 pacientes, mientras que el sector ambulatorio de urología atendió a 5.912 pacientes. Dicha información fue obtenida del Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer de la INEN.

#### 3.2.1. Tamaño de la muestra

La muestra la constituyeron 374 pacientes con cáncer que recibieron tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El tamaño de la muestra se determinó teniendo en cuenta el tamaño de la población, que era de 13.809 pacientes con cáncer, utilizando la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2(p * q)}{e^2 + (Z^2(p * q)) / N}$$

Donde:

Z: Representa al nivel de confianza (95% = 1.96)

p: Representa al porcentaje de la población que tiene el atributo deseado (95% = 0.95)

q: Representa al porcentaje de la población que no tiene atributo deseado (1-p = 0.05)

N: Representa al tamaño de la población (13809)

e: Representa al error de estimación aceptado (5%)

n: Representa al tamaño de la muestra

### 3.2.2. Selección del muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional ya que la muestra se eligió de acuerdo con los requisitos de calificación. Dicho muestreo permite una selección deliberada de participantes considerando ciertos atributos (Hernández, et al. 2016)

### 3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Para el estudio se tuvo en consideración los siguientes criterios

- Paciente oncológico que pertenezcan a las áreas de urología y ginecología en consulta externa del INEN.
- Usuarios mayores de edad de ambos sexos.
- Pacientes con estudios de educación primaria completa

Criterios de exclusión: Para el estudio se tomó en cuenta los criterios de exclusión con el fin de reconocer a las personas que no participaran de la investigación

- Pacientes que estén incapacitados para entender y firmar el consentimiento informado
- Pacientes que no concluyan con el llenado de los instrumentos
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

## 3.3. Variables

### 3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

#### V1: Sintomatología depresiva

**Definición conceptual:** El individuo muestra impaciencia, ideas suicidas y sollozos como parte de una reacción en cadena de conductas cognitivamente defectuosas. Una enfermedad depresiva se desarrolla cuando ésta se mantiene durante un período prolongado y va acompañada de declaraciones negativas sobre percepciones negativas de uno mismo, del mundo y del futuro (Beck, Rush, Shaw, & Emery)

**Definición operacional:** La variable sintomatología depresiva se operacionalizó mediante la aplicación del inventario de depresión de Beck, (BDI-II) para poder determinar la presencia y severidad de los síntomas depresivos (**Anexo N°1**)

#### V2: Funcionalidad familiar

**Definición conceptual:** La dinámica familiar incluye conexión emocional o cohesión y flexibilidad estructural o adaptación frente al conflicto (Olson D. & Sprenkle, 1989)

**Definición operacional:** La variable funcionalidad familiar se operacionalizó mediante la aplicación del (FACES III) es de naturaleza cualitativa, con escala de medición nominal y de categoría politómica. Contiene 2 dimensiones: cohesión y adaptación. (**Anexo N°2**)

#### Variable sociodemográfica

En relación a la variable sociodemográfica se indagó por medio a la aplicación de una ficha sociodemográfica con el fin de poder acatar los criterios de inclusión establecidos anteriormente. Los datos que contienen información sobre su edad, lugar de nacimiento, sexo, estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, religión, tipo de cáncer, tiempo de enfermedad, composición y la actividad laboral. (**Anexo N°3**)

## 3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

### Plan de recolección de datos

- En primer lugar, el proyecto fue presentado para su revisión y registro en la universidad; luego se adaptó a los protocolos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para su presentación ante el Comité de Revisión de Protocolos de Investigación (CRPI) y el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) con el fin de obtener la aprobación y así tener acceso a los pacientes oncológicos de consulta externa del INEN.

- Posteriormente se presentó la carta de aprobación del CRPI y del CIEI (**Anexo N°4**) al jefe de departamento de consulta externa para que tenga conocimiento que el proyecto de investigación fue aceptado y se procedió a realizar la recolección de datos con los pacientes oncológicos.
- Después de obtener la aprobación del jefe de departamento, se habló con los pacientes explicándoles el motivo del estudio y las pruebas que fueron aplicadas; en el caso que aceptaran ser parte de la investigación se les hizo entrega del consentimiento informado para que sean firmados. Cabe mencionar que las pruebas solo fueron aplicadas a los usuarios que hayan aceptado participar.
- Luego se procedió a la evaluación de los participantes en este caso de los pacientes oncológicos de consulta externa del INEN, empezando con la distribución de la ficha sociodemográfica y los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck y la Escala de evaluación de funcionalidad familiar (FACES III) El proceso de evaluación fue realizado por los autores de la investigación, cumpliendo con los protocolos de bioseguridad brindado por el INEN.
- Por último, se ejecutó la corrección de las pruebas para crear la base de datos, la cual se realizó por medio del programa Office Excel. Para luego, utilizar el STATA 12 y se obtuvo los resultados estadísticos.

### **Instrumentos**

Para la investigación se utilizaron instrumentos de medición como el inventario de depresión de Beck II (Beck et al., 2006) y la escala funcionalidad familiar (David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee, 1985). A estos instrumentos se le agregó una ficha sociodemográfica.

### **Inventario de depresión de Beck II (Anexo N°5)**

El inventario de depresión de Beck II (BDI-II) fue desarrollado por Beck y colaboradores en 1988; es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la presencia y severidad de la depresión en personas mayores de 18 años. La adaptación al contexto peruano fue elaborada por Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni en el 2020; la cual permite una evaluación más precisa y culturalmente relevante en la población peruana.

Se encuentra compuesto por 21 preguntas con respuestas tipo Likert y ha sido adaptado para que pueda aplicarse en diversas áreas incluyendo clínico, educativo, forense y neuropsicológico. El instrumento tiene como objetivo evaluar la depresión a través de dos dimensiones comportamentales: la cognitivo-afectiva y la conductual-fisiológica; su administración requiere de 15 a 20 minutos (Anicama, et al., 2020).

### **Corrección del instrumento**

La evaluación de la gravedad de la depresión se realiza mediante una escala de 4 puntos; correspondiente a cada ítem de la prueba; la cual abarca desde 0 hasta el 3. La puntuación total del instrumento se obtiene al sumar las respuestas brindadas en los 21 ítems, calificación puede variar de 0 a 63 puntos. En términos de interpretación se establecen los siguientes rangos: una puntuación de 0 a 13 indica que no hay presencia de depresión; de 14 a 19 refleja depresión leve; de 20 a 28 depresión moderada; 29 a 63 señala depresión severa (Anicama, et al., 2020).

### **Propiedades Psicométricas**

El inventario de depresión de Beck – II es una adaptación de la original publicada en 1996. La adaptación peruana de Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni en 2020 se ha destacado por su fiabilidad, con un coeficiente alfa superior a 0.80.

Este análisis se efectuó con una muestra de 408 adultos residentes en Lima Sur, donde se detectó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.78 para la escala general. Asimismo, en relación a los componentes identificados en esta investigación, el análisis factorial reveló coeficientes alfa de Cronbach de 0.78 para el Factor 1 y 0.774 para el Factor 2, lo que indica una sólida validez de construcción en la evaluación de la depresión (Anicama, et al., 2020).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) ha sido sometido a rigurosas pruebas de validez para garantizar su eficacia en la evaluación de los síntomas depresivos. Un estudio reciente demostró una sólida validez convergente al revelar una correlación significativa de 0.66 con otros instrumentos de medición de la depresión, lo que refuerza su fiabilidad en este contexto. Además, se ha destacado su alto índice de validez de contenido, con un valor V de Aiken de 0.99, y su validez de constructo ha sido respaldada mediante análisis factorial, que identificaron tres factores explicativos que abarcan el 39% de la varianza total. Estos hallazgos subrayan la capacidad del BDI-II para evaluar de manera precisa y confiable los síntomas depresivos, respaldando su utilidad clínica y su relevancia en la práctica psicológica (Anicama, et al., 2020).

### **Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar – FACES III (Anexo N°6)**

La escala de cohesión y adaptabilidad familiar – FACES III fue desarrollado por David Olson; Joyce Portner y Yoav Lavee en la Universidad de Minnesota en 1985; es una prueba ampliamente utilizada para evaluar la percepción de los miembros de la familia en relación a los niveles de cohesión y adaptabilidad. La adaptación al contexto peruano fue elaborada por José L. Ventura León en el 2017; se encuentra compuesto por 20 preguntas con respuestas tipo Likert; de la cuales 10 evalúan cohesión y los otros 10 adaptabilidad; su administración puede ser individual o colectiva y requiere de 10 a 15 minutos. (Ventura-Leon, 2017)

#### **Corrección de instrumento**

La corrección de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) se basa en la asignación de puntos que evalúan diversas características familiares con el fin de identificar el nivel de funcionalidad familiar que presentan. Dicha puntuación va de un rango del 1 al 5; donde 1 punto es casi nunca; 2 puntos es pocas veces; 3 puntos es algunas veces; 4 puntos es frecuentemente y 5 puntos es casi siempre. Cada dimensión es evaluada con 10 preguntas y requiere un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 50 puntos. Luego de tener las puntuaciones de cada dimensión se logra obtener los niveles de funcionalidad combinando el tipo de cohesión y adaptación. En términos de interpretación se establecen lo siguiente: Funcionalidad balanceada (Flexible y separada; flexible y conectada; estructurada y separada; estructurada y conectada) Funcionalidad media (flexible y dispersa; flexible y aglutinada; caótico y separada; caótico y conectada; estructurada y disperso; rígido y separado; rígido y conectado) Funcionalidad extrema (caótico y disperso; caótico y aglutinado; rígido y disperso; rígido y aglutinado). (Ventura-Leon, 2017)

#### **Propiedades Psicométricas**

En relación a la confiabilidad de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III) se observa que la dimensión cohesión se sitúan en un nivel moderadamente alto; con un puntaje de 0.85; mientras que en la dimensión adaptabilidad familiar en un puntaje de 0.74. (Ventura-Leon, 2017)

Además, con respecto a la validez de constructo se confirma que en ambas dimensiones presenta un índice ajustado de bondad de 0.96; índice de validación cruzada de 0.87; índice de ajuste normas de 0.93. (Ventura-Leon, 2017)

#### **Ficha sociodemográfica (Anexo N°7)**

Esta ficha busca recaudar información de los participantes. Estos datos son la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, tipo de familia. Además de los datos relacionados a la investigación es decir tiempo de diagnóstico de cáncer, tipo de atención recibida y tipo de cáncer.

### **3.5. Plan de análisis e interpretación de la información**

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizó las frecuencias y los porcentajes; para las variables cuantitativas se usó la media aritmética y la desviación estándar. Además, se empleó el paquete estadístico Stata 12 que permitió realizar un análisis descriptivo de las categorías mediante tablas de distribución porcentual de las

frecuencias encontradas en las categorías sintomatología depresiva, funcionalidad familiar y variables sociodemográficas a excepción de la edad que se utilizó la media y la desviación estándar. Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Shapiro Wilk dependiendo de la normalidad de las variables. Así mismo, se consideró una significancia estadística de  $\geq 0.05$

### **3.6. Ventajas y limitaciones**

#### **Ventajas**

- La presente investigación al ser un estudio transversal permite que la realización sea a corto plazo y a un costo reducido.
- Los instrumentos que se utilizaron validez y confidencialidad ajustado a nuestra realidad, tanto el BDI-II como el FACESIII.
- Al tener un alcance correlacional permite evaluar la relación entre ambas variables, pero no su causalidad. Por tanto, sería notable realizar estudios posteriores que evalúen este aspecto.
- La investigación permite conocer los resultados de la población, además que estos serían novedosos ya que existen pocas fuentes de estudios de estas variables en la población oncológica

#### **Limitaciones**

- La situación actual ocasionada por el COVID-19 genera ciertas dificultades para acceder a la población.
- Los test utilizados serán auto aplicados, por lo que los datos brindados pueden ser falseados al estar sujetos a deseabilidad social. Se tratará de controlar este aspecto mediante la sensibilización de la población, recalando que la evaluación es anónima y que su uso es solo para fines únicos de investigación.
- No se obtuvieron resultados a temporalidad dado que se realizó la investigación en un único momento en el tiempo y no será de apoyo para investigaciones de carácter predictivo.
- Al usar un muestreo no probabilístico intencional los resultados no se podrán generalizar ni extrapolar a muestras con características similares.

### **3.7. Aspectos éticos**

La credibilidad y validez de este estudio están respaldadas por los métodos científicos utilizados. Además, se menciona que se honrarán los derechos de los autores atribuyendo adecuadamente su trabajo según el estilo APA. Sin embargo, con respecto al uso de pruebas psicológicas y la necesidad de obtener el permiso informado de todos, se cree que el estudio satisface los estándares académicos de la Universidad. La particularidad y el anonimato de los participantes se preservan durante toda la prueba y son tratados con respeto. También se protegerán los instrumentos utilizados y las respuestas se analizarán estadísticamente en función de cómo se sintieron y respondieron los participantes a la pregunta en ese momento. Confidencialidad y política de protección de datos En primer lugar, nos aseguraremos de que la información recopilada se mantenga privada y no se comparta con nadie, ya que entendemos la importancia de proteger la privacidad de los participantes del estudio después de que se hayan utilizado los instrumentos. Los datos obtenidos de los participantes también son confidenciales y no se compartirán con nadie más que los estudiantes de tesis y el asesor del estudio.

Participación libre e igualitaria sin prejuicios. Aquí no hay género, raza o estratificación social; más bien, operamos según la idea rectora de la justicia, que es tratar a todos de manera justa. Los criterios de inclusión y exclusión son donde nos diferenciamos, ya que son universalmente reconocidos como aceptables para los objetivos metodológicos de la investigación científica. Del mismo modo, valoramos su autonomía a la hora de elegir si participar o no en la investigación.

Respeto a la libertad de participación

Previamente fueron informados sobre la naturaleza, objetivo y uso de los datos del proyecto de estudio y otorgaron el consentimiento informado (**Anexo N° 8**).

No se utilizará jerga técnica ni otros términos difíciles en la presentación; más bien, el lenguaje se adaptará a los participantes. Se enfatizará que este proyecto no implica ningún riesgo y se resaltarán los beneficios tangibles, como el hecho de que no costará nada.

Antes de administrar las encuestas, confirmamos que hemos obtenido todos los consentimientos informados necesarios, lo que demuestra nuestro compromiso de proteger la autonomía y la dignidad de los participantes. También se informará a los participantes que son libres de retirarse de la investigación cuando lo deseen y que hacerlo no los afectará de ninguna manera.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

La muestra incluyó 374 pacientes con cáncer, hombres y mujeres. Lo que sigue es una descripción de las características de la muestra. Cabe mencionar que estos datos se utilizó el cuestionario sociodemográfico específico de la investigación.

Los participantes del estudio eran pacientes con cáncer, de la tabla 1 se desprende que los hombres representan el 52,94% del total y las mujeres el 47,06%. También se desprende que el 59,09% de los participantes nacieron en Lima, mientras que el 40,91% nació en la provincia. Con un 34,76 por ciento cada uno, estar soltero y casado fueron los estados civiles más comunes. Según los datos, el 47,06% de los casos son cáncer ginecológico y el 52,94% son cáncer urológico. Además, el 43,32% de los pacientes llevan enfermos un año o más. Puede encontrar los resultados restantes en la tabla 1.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra – variable sociodemográfica

	n	%
<b>Sexo</b>		
Varones	198	52.94
Mujeres	176	47.06
<b>Lugar de nacimiento</b>		
Lima	221	59.09
Provincia	153	40.91
<b>Estado civil</b>		
Soltero	130	34.76
Casado	130	34.76
Conviviente	80	21.39
Otro	34	9.09
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	10	2.66
Secundaria	93	24.87
Técnico	128	34.23
Universitario	143	38.24
<b>Lugar de residencia</b>		
Lima	268	71.66
Provincia	106	28.34
<b>Religión</b>		
Católico	185	49.47
Cristiana	110	29.41
Otra	79	21.12
<b>Tipo de cáncer</b>		
Cáncer urológico	198	52.94
Cáncer ginecológico	176	47.06
<b>Tiempo de enfermedad</b>		
1 a 6 meses	102	27.27
7 a 12 meses	110	29.41
13 meses a más	162	43.32

**Tabla 1. Continúa**

	n	%
<b>Composición familiar</b>		
Nuclear	196	52.41
Extensa	93	24.87
Monoparental	52	13.90
Otro	33	8.82
<b>Actividad Laboral</b>		
Dependiente	93	24.87
Independiente	202	54.01
Desempleado	79	21.12

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 2 se puede apreciar que del total de la muestra de estudio 51.07% pacientes oncológicos presentaron una depresión leve mientras que el 5.35% de la población presenta una sintomatología mínima. Así mismo, se encontró que el 7.49% presenta una funcionalidad familiar balanceada mientras que el 92.51% tiene aspectos por mejorar.

**Tabla 2. Descripción de la muestra – variable sociodemográfica**

	n	%
<b>Sintomatología depresiva</b>		
Depresión mínima	20	5.35
Depresión leve	191	51.07
Depresión moderada	124	33.15
Depresión severa	39	10.43
<b>Funcionalidad familiar</b>		
Balanceada	28	7.49
Rango medio	234	62.56
Extremo	112	29.95

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 3 se puede observar que no existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y el nivel de funcionalidad familiar ( $p=1.54$ ) donde se apreció que el 48.48% de pacientes varones presentan sintomatología depresiva leve y el 12.63% una sintomatología depresiva severa. Por otro lado, se halló que existe relación entre la sintomatología depresiva y el lugar de nacimiento ( $p=0.004$ ) Del mismo modo, se observó que hay relación entre la sintomatología depresiva y la actividad laboral (0.001). El resto de resultados se puede observar en la tabla 3.



**Tabla 3.** Asociación entre la sintomatología depresiva, factores sociodemográficos y funcionalidad familiar

	<b>Sintomatología Depresiva</b>				P-valor
	Depresión mínima n (%)	Depresión leve n (%)	Depresión moderada n (%)	Depresión severa n (%)	
<b>Sexo</b>					
Varones	10(5.05)	96(48.48)	67(33.84)	25(12.63)	0.45
Mujeres	10(5.68)	95(53.98)	57(32.39)	14(7.95)	
<b>Lugar de nacimiento</b>					
Lima	6(2.71)	106(47.96)	80(36.20)	29(13.13)	0.00
Provincia	14(9.15)	85(55.56)	44(28.76)	10(6.53)	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	6(4.62)	66(50.77)	41(31.54)	17(13.07)	0.02
Casado	8(6.15)	69(53.08)	41(31.54)	12(9.23)	
Conviviente	6(7.50)	46(57.50)	26(32.50)	2(2.50)	
Otro	0(0.00)	10(29.41)	16(47.06)	8(23.53)	
<b>Grado de instrucción</b>					
Primaria	3(33.34)	4(44.44)	2(22.22)	0(0.00)	0.06
Secundaria	4(4.26)	46(48.94)	34(36.17)	10(10.63)	
Técnico	5(3.88)	64(49.61)	45(34.88)	15(11.63)	
Universitario	8(5.63)	77(54.23)	43(30.28)	14(9.86)	
<b>Lugar de residencia</b>					
Lima	11(4.10)	134(50.00)	90(33.58)	33(12.32)	0.10
Provincia	9(8.49)	57(53.77)	34(32.08)	6(5.66)	
<b>Religión</b>					
Católico	14(7.57)	93(50.27)	63(34.05)	15(8.11)	0.35
Cristiana	2(1.82)	56(50.91)	37(33.64)	15(13.63)	
Otra	4(5.06)	42(53.16)	24(30.39)	9(11.39)	
<b>Tipo de cáncer</b>					
Cáncer urológico	10(5.05)	96(48.48)	67(33.84)	25(12.63)	0.45
Cáncer ginecológico	10(5.68)	95(53.98)	57(32.39)	14(7.95)	

**Tabla 3. Continúa**

	<b>Sintomatología Depresiva</b>				P-valor
	Depresión mínima n (%)	Depresión leve n (%)	Depresión moderada n (%)	Depresión severa n (%)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>					
1 a 6 meses	5(4.90)	47(46.08)	38(37.25)	12(11.77)	0.71
7 a 12 meses	6(5.45)	59(53.64)	31(28.18)	14(12.73)	
13 meses a más	9(5.56)	85(52.52)	55(33.42)	13(8.50)	
<b>Composición familiar</b>					
Nuclear	14(7.14)	105(53.57)	63(32.14)	14(7.15)	0.01
Extensa	3(3.23)	53(56.99)	29(31.18)	8(8.60)	
Monoparental	1(1.91)	23(44.23)	20(38.46)	8(15.40)	
Otro	2(6.06)	10(30.30)	12(36.36)	9(27.28)	
<b>Actividad Laboral</b>					
Dependiente	3(3.23)	53(56.99)	24(25.81)	13(13.97)	0.00
Independiente	8(3.96)	112(55.45)	69(34.16)	13(6.43)	
Desempleado	9(11.39)	26(32.91)	31(39.24)	13(16.46)	
<b>Funcionalidad familiar</b>					
Balanceado	0(0.00)	17(60.71)	10(35.71)	1(3.58)	0.15
Rango medio	13(5.56)	127(54.27)	73(31.20)	21(8.97)	
Extremo	7(6.25)	47(41.96)	41(36.61)	17(15.18)	

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 4 se puede apreciar que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el estado civil ( $p=0.001$ ). Además, existe asociación entre el lugar de residencia y la funcionalidad familia ( $p=0.037$ ). Así mismo, se logró apreciar que el 5.56% de pacientes varones tiene una funcionalidad balanceada mientras que el 94.44% tiene aspectos por mejorar. Mientras que el 9.66% de pacientes mujeres tiene una funcionalidad familiar balanceada mientras que 90.34% se encuentran entre una funcionalidad de rango medio a una funcionalidad extrema. El resto de resultados se puede observar en la tabla 4.

**Tabla 4.** Asociación entre la funcionalidad familiar, factores sociodemográficos y sintomatología depresiva.

	<b>Funcionalidad Familiar</b>			P-Valor
	Balanceada n (%)	Rango Medio n (%)	Extremo n (%)	
<b>Sexo</b>				
Varones	11(5.56)	129(65.15)	58(29.29)	0.27
Mujeres	17(9.66)	105(59.66)	54(30.68)	
<b>Lugar de nacimiento</b>				
Lima	14(6.33)	135(61.09)	72(32.58)	0.30
Provincia	14(9.15)	99(64.71)	40(26.14)	
<b>Estado civil</b>				
Soltero	11(8.46)	74(56.92)	45(34.62)	0.00
Casado	4(3.08)	94(72.31)	32(24.62)	
Conviviente	12(15.00)	50(62.50)	18(22.50)	
Otro	1(2.94)	16(47.06)	17(50.00)	
<b>Grado de instrucción</b>				
Primaria	0(0.00)	3(33.33)	6(66.67)	0.14
Secundaria	5(5.32)	64(68.09)	25(26.60)	
Técnico	13(10.08)	82(63.57)	34(26.36)	
Universitario	10(7.04)	85(59.86)	47(33.10)	
<b>Lugar de residencia</b>				
Lima	15(5.60)	166(61.94)	87(32.46)	0.04
Provincia	13(12.26)	68(64.15)	25(23.58)	
<b>Religión</b>				
Católico	11(5.95)	124(67.03)	50(27.03)	0.21
Cristiana	9(8.18)	60(54.55)	41(37.27)	
Otra	8(10.13)	50(63.29)	21(26.58)	
<b>Tipo de cáncer</b>				
Cáncer urológico	11(5.56)	129(65.15)	58(29.29)	0.27
Cáncer ginecológico	17(9.66)	105(59.66)	54(30.68)	

**Tabla 4. Continúa**

	<b>Funcionalidad Familiar</b>			P-Valor
	Balanceada n (%)	Rango Medio n (%)	Extremo n (%)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>				
1 a 6 meses	6(5.88)	66(64.71)	30(29.41)	0.63
7 a 12 meses	10(9.09)	72(65.45)	28(25.45)	
13 meses a más	12(7.41)	96(59.26)	54(33.33)	
<b>Composición familiar</b>				
Nuclear	18(9.18)	124(63.27)	54(27.55)	0.13
Extensa	5(5.38)	65(69.89)	23(24.73)	
Monoparental	4(7.69)	25(48.08)	23(44.23)	
Otro	1(3.03)	20(60.61)	12(36.36)	
<b>Actividad Laboral</b>				
Dependiente	8 (8.60)	61(65.59)	24(25.81)	0.21
Independiente	18(8.91)	126(62.38)	58(28.71)	
Desempleado	2(2.53)	47(59.49)	30(37.97)	

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 5, se puede observar que existe relación entre los niveles de cohesión familiar y el estado civil ( $p=0.003$ ) donde el 56.25% de pacientes oncológicos convivientes tiene una cohesión dispersa mientras que solo el 8.75% tiene una cohesión conectada. Así mismo se observó una relación significativa entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva ( $p=0.000$ ) donde el 34.04% de pacientes oncológicos que presentan una sintomatología depresiva leve tienen una cohesión separada mientras que solo el 16.75% tienen una cohesión conectada. El resto de resultados se puede observar en la tabla 5.

**Tabla 5.** Asociación dimensión cohesión familiar, variables sociodemográficas y la sintomatología depresiva.

	<b>Cohesión Familiar</b>				P-valor
	Dispersa n (%)	Separada n (%)	Conectada n (%)	Aglutinada n (%)	
<b>Sexo</b>					
Varones	127(64.14)	49(24.75)	19(9.60)	3(1.52)	0.62
Mujeres	101(57.39)	52(29.55)	20(11.36)	3(1.70)	
<b>Lugar de nacimiento</b>					
Lima	142(64.25)	60(27.15)	19(8.60)	0(0.00)	0.01
Provincia	86(56.21)	41(26.80)	20(13.07)	6(3.92)	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	91(70.00)	33(25.38)	4(3.08)	2(1.54)	0.00
Casado	70(53.85)	31(23.85)	26(20.00)	3(2.31)	
Conviviente	45(56.25)	27(33.75)	7(8.75)	1(1.25)	
Otro	22(64.71)	10(29.41)	2(5.88)	0(0.00)	
<b>Grado de instrucción</b>					
Primaria	6(66.67)	0(0.00)	2(22.22)	1(11.11)	0.02
Secundaria	58(61.70)	23(24.47)	11(11.70)	2(2.13)	
Técnico	67(51.94)	45(34.88)	16(12.40)	1(0.78)	
Universitario	97(68.31)	33(23.24)	10(7.04)	2(1.41)	
<b>Lugar de residencia</b>					
Lima	170(63.43)	70(26.12)	27(10.07)	1(0.37)	0.01
Provincia	58(54.72)	31(29.25)	12(11.32)	5(4.72)	
<b>Religión</b>					
Católico	110(59.46)	51(27.57)	21(11.35)	3(1.62)	0.92
Cristiana	69(62.73)	31(28.18)	9(8.18)	1(0.91)	
Otra	49(62.03)	19(24.05)	9(11.39)	2(2.53)	
<b>Tipo de cáncer</b>					
Cáncer urológico	127(64.14)	49(24.75)	19(9.60)	3(1.52)	0.62
Cáncer ginecológico	101(57.39)	52(29.55)	20(11.36)	3(1.70)	

**Tabla 5. Continúa**

	<b>Cohesión Familiar</b>				P-valor
	Dispersa n (%)	Separada n (%)	Conectada n (%)	Aglutinada n (%)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>					
1 a 6 meses	71(69.61)	26(25.49)	5(4.90)	0(0.00)	0.08
7 a 12 meses	62(56.36)	34(30.91)	13(11.92)	1(0.91)	
13 meses a más	95(58.64)	41(25.31)	21(12.96)	5(3.09)	
<b>Composición familiar</b>					
Nuclear	107(54.59)	59(30.10)	24(12.24)	6(3.06)	0.06
Extensa	56(60.22)	27(29.03)	10(10.75)	0(0.00)	
Monoparental	39(75.00)	9(17.31)	4(7.69)	0(0.00)	
Otro	26(78.79)	6(18.18)	1(3.03)	0(0.00)	
<b>Actividad Laboral</b>					
Dependiente	51(54.84)	32(34.41)	10(10.75)	0(0.00)	0.20
Independiente	121(59.90)	54(26.73)	23(11.39)	4(1.98)	
Desempleado	56(70.89)	15(18.99)	6(7.59)	2(2.53)	
<b>Sintomatología depresiva</b>					
Depresión mínima	10(50.00)	3(15.00)	5(25.00)	2(10.00)	0.00
Depresión leve	31(47.64)	65(34.03)	32(16.75)	3(1.57)	
Depresión moderada	94(75.81)	28(22.58)	2(1.61)	0(0.00)	
Depresión severa	33(84.62)	5(12.82)	0(0.00)	1(2.56)	

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 6 se puede observar que el 56.57% de pacientes varones tiene una adaptación caótica mientras solo el 17.17% presenta una adaptación estructurada. Así mismo se puede apreciar que no existe una relación significativa con ninguna de las variables debido a que se excede el p valor es mayor a 0.050. El resto de resultados se puede observar en la tabla 6.

**Tabla 6.** Asociación adaptación cohesión familiar, variables sociodemográficas y la sintomatología depresiva.

	<b>Adaptación Familiar</b>				P-valor
	Rígido n (%)	Estructurado n (%)	Flexible n (%)	Caótico n (%)	
<b>Sexo</b>					
Varones	2(1.01)	34(17.17)	50(25.25)	112(56.57)	0.31
Mujeres	7(3.98)	27(15.34)	44(25.00)	98(55.68)	
<b>Lugar de nacimiento</b>					
Lima	5(2.26)	36(16.29)	53(23.98)	127(57.47)	0.92
Provincia	4(2.61)	25(16.34)	41(26.80)	83(54.25)	
<b>Estado civil</b>					
Soltero	5(3.85)	24(18.46)	36(27.69)	65(50.00)	0.06
Casado	2(1.54)	20(15.38)	27(20.77)	81(62.31)	
Conviviente	2(2.50)	15(18.75)	26(32.50)	37(46.25)	
Otro	0(0.00)	2(5.88)	5(14.71)	27(79.41)	
<b>Grado de instrucción</b>					
Primaria	0(0.00)	0(0.00)	1(11.11)	8(88.89)	0.68
Secundaria	1(1.06)	17(18.09)	24(24.53)	52(55.32)	
Técnico	4(3.10)	18(13.95)	32(24.81)	75(58.14)	
Universitario	4(2.82)	26(18.31)	37(26.06)	75(52.82)	
<b>Lugar de residencia</b>					
Lima	5(1.87)	42(15.67)	62(23.13)	159(59.33)	0.20
Provincia	4(3.77)	19(17.92)	32(30.19)	51(48.11)	
<b>Religión</b>					
Católico	3(1.62)	30(16.22)	45(24.32)	107(57.84)	0.57
Cristiana	3(2.73)	17(15.45)	24(21.82)	66(60.00)	
Otra	3(3.80)	14(17.72)	25(31.65)	37(46.84)	
<b>Tipo de cáncer</b>					
Cáncer urológico	2(1.01)	34(17.17)	50(25.25)	112(56.57)	0.31
Cáncer ginecológico	7(3.98)	27(15.34)	44(25.00)	98(55.68)	

**Tabla 6. Continúa**

	<b>Adaptación Familiar</b>				P-valor
	Rígido n (%)	Estructurado n (%)	Flexible n (%)	Caótico n (%)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>					
1 a 6 meses	0(0.00)	18(17.65)	30(29.41)	54(52.94)	0.38
7 a 12 meses	3(2.73)	17(15.45)	30(27.27)	60(54.55)	
13 meses a más	6(3.70)	26(16.05)	34(20.99)	96(59.26)	
<b>Composición familiar</b>					
Nuclear	8(4.08)	28(14.29)	51(26.02)	109(55.61)	0.49
Extensa	1(1.08)	16(17.20)	24(25.81)	52(55.91)	
Monoparental	0(0.00)	11(21.15)	9(17.31)	32(61.54)	
Otro	0(0.00)	6(18.18)	10(30.30)	17(51.52)	
<b>Actividad Laboral</b>					
Dependiente	1(1.08)	18(19.35)	18(19.35)	56(60.22)	0.17
Independiente	8(3.96)	34(16.83)	54(26.73)	106(52.48)	
Desempleado	0(0.00)	9(11.39)	22(27.85)	48(60.76)	
<b>Sintomatología depresiva</b>					
Depresión mínima	0(0.00)	2(10.00)	3(15.00)	15(75.00)	0.06
Depresión leve	5(2.62)	28(14.66)	39(20.42)	119(62.30)	
Depresión moderada	4(3.23)	22(17.74)	43(34.68)	55(44.35)	
Depresión severa	0(0.00)	9(23.08)	9(23.08)	21(53.85)	

**Fuente:** Elaboración propia



## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

### **5.1. Discusión**

En el presente estudio los síntomas de depresión se vincularon con factores como el estado civil, el nivel educativo, la composición familiar, la situación laboral y el lugar de nacimiento, pero no con el funcionamiento familiar. Por el contrario, se demostró que el estado civil y el domicilio eran características sociodemográficas asociadas con el funcionamiento familiar. Finalmente, se demostró que factores como el estado civil, el nivel educativo, el lugar de nacimiento y los síntomas depresivos estaban asociados con el componente de cohesión familiar.

Se evidenció que no existía una correlación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar. Aunque no se encontraron estudios similares, a excepción del trabajo de (Tello Torres, 2022), que contrasta con nuestros hallazgos al identificar una relación entre el apoyo familiar y la depresión. Sin embargo, es fundamental considerar que los pacientes pueden recibir una amplia gama de apoyo y recursos externos, además del respaldo familiar. Estos pueden provenir de profesionales de la salud, grupos de apoyo de pacientes, amigos, compañeros de trabajo y otras redes sociales (Ferlay, y otros, 2021). La presencia de estas fuentes de apoyo externo podría mitigar cualquier relación del funcionamiento familiar en la sintomatología depresiva. Además, es probable que los pacientes desarrollen estrategias individuales de afrontamiento para lidiar con su enfermedad y sus implicaciones emocionales (Macia, Barranco, Gorbeña, & Iraugi, 2020). Estas estrategias pueden no estar directamente relacionadas con el funcionamiento familiar, sino más bien con factores internos como la resiliencia, el autoconcepto y la aceptación de la enfermedad. (Park, Kyoung Choi, Jie Lee, Eun Park, & Chinbayer Altantuya, 2022). Por ende, la falta de correlación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar podría ser resultado de una serie de factores, incluyendo la presencia de apoyo externo y estrategias de afrontamiento individuales, que podrían eclipsar la relación del funcionamiento familiar en la salud mental del paciente.

Por otro lado, se apreció asociación entre la sintomatología depresiva y algunos factores sociodemográficos como son el lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, composición familiar y actividad laboral. Algunos estudios muestran resultados similares (Munhammad, 2023) Una posible explicación podría deberse a que el diagnóstico de cáncer puede generar un gran estrés emocional y preocupaciones en los pacientes, especialmente si hay estigmas asociados al cáncer en su lugar de nacimiento o comunidad (Daniel, Venkateswaran, Singh, Hutchinson, & Johnson, 2022), esto puede aumentar la probabilidad de experimentar síntomas depresivos (DeGuzman Baker, Vogel, Bernacchi, Scudder, & Jameson, 2022). De igual forma, el estado civil y la composición familiar pueden estar muy vinculadas en la disponibilidad de soporte social para los pacientes con cáncer. Los pacientes que están casados o tienen una sólida red de apoyo familiar pueden experimentar una menor sintomatología depresiva debido al respaldo emocional y práctico que reciben (Nawaz, Saeed, & Mushtaque, 2021). Asimismo, el nivel de instrucción puede estar relacionado con el acceso a recursos y la comprensión del cáncer y su tratamiento. Los pacientes con un mayor nivel de instrucción pueden tener una mayor capacidad para comprender y manejar su enfermedad, lo que podría reducir la sintomatología depresiva (Alagizy, Soltan, Soliman, Hegazy, & Gohar, 2020). Finalmente, la actividad laboral puede ser una fuente importante de sentido de propósito y autoestima para los pacientes. La interrupción o pérdida del empleo debido al cáncer puede llevar a un aumento de la sintomatología depresiva, mientras que mantener la actividad laboral puede proporcionar un amortiguador contra la depresión (Vila, Barco Berron, Gil-Gil, Ochoa Arnedo, & Villanueva Vasquez, 2020). De esta forma, la relación entre la sintomatología depresiva y variables sociodemográficas en pacientes con cáncer puede reflejar una combinación

de factores psicosociales, culturales y económicos que influyen en la experiencia y el manejo del cáncer.

Asimismo, el funcionamiento familiar se asoció a algunos factores sociodemográficos el estado civil y el lugar de residencia. Algunos estudios corroboran dichos resultados (Lo et al., 2024). Una posible explicación podría ser que el estado civil puede estar relacionado con la disponibilidad de redes de apoyo social y familiar. Los pacientes solteros o divorciados pueden tener menos recursos de apoyo disponibles en comparación con aquellos que están casados o en relaciones estables, asimismo la falta de una pareja estable puede asociarse con una menor cohesión familiar y mayores niveles de estrés (Laratta, et al., 2021). Esta diferencia en la red de apoyo puede estar vinculado con el funcionamiento familiar y la capacidad de hacer frente al cáncer. Por otro lado, el lugar de residencia puede estar relacionado con el acceso a recursos comunitarios y servicios de atención médica para los pacientes con cáncer y sus familias (Carethers & Doubeni, 2020). De esta forma, las áreas urbanas suelen tener una mayor disponibilidad de servicios de salud y apoyo psicosocial, lo que puede mejorar el funcionamiento familiar, en contraste, las áreas rurales pueden tener menos recursos disponibles, lo que podría afectar negativamente el funcionamiento familiar (Shao, et al., 2020). En resumen, la relación entre el funcionamiento familiar y factores sociodemográficos como el estado civil y el lugar de residencia en pacientes con cáncer puede ser compleja y multifacética.

Finalmente, la dimensión cohesión familiar se encontró asociada con algunos factores sociodemográficos los cuales son el lugar de nacimiento, grado de instrucción y sintomatología depresiva. Algunos estudios corroboran dichos resultados (Yan, et al., 2024) (Haj Hashemi, Atashzadeh Shoorideh, Oujab, Mofifid , & Bazargan, 2021) (Ai, Appel, Lee, & Fincham, 2022). Una posible explicación podría deberse a que el lugar de nacimiento puede estar asociado con diferencias culturales en la forma en que se percibe y se practica la cohesión familia. En algunas culturas, como en comunidades donde prevalecen fuertes lazos familiares, es probable que se promueva una mayor cohesión familiar (Ai, Appel, Lee, & Fincham, 2022). Asimismo, el grado de instrucción puede afectar la dinámica familiar y la calidad de la comunicación entre los miembros de la familia. Los pacientes con un mayor nivel educativo pueden tener habilidades de comunicación más desarrolladas y una comprensión más profunda de las relaciones familiares, lo que puede contribuir a una mayor cohesión familiar (Haj Hashemi, Atashzadeh Shoorideh, Oujab, Mofifid , & Bazargan, 2021). Finalmente, se ha demostrado que una mayor cohesión familiar se asocia con una menor prevalencia de síntomas depresivos en diferentes poblaciones. Una familia cohesionada tiende a ofrecer un mayor apoyo emocional y social, lo que puede amortiguar el impacto del estrés y las dificultades emocionales, reduciendo así la sintomatología depresiva en pacientes con cáncer (Yan, et al., 2024). En resumen, la relación entre la dimensión de cohesión familiar y variables como el lugar de nacimiento, grado de instrucción y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer puede estar conectada por una combinación de factores culturales, educativos, de apoyo social y ajuste psicológico, los cuales pueden actuar como variables mediadoras que explican cómo la cohesión familiar influye en la sintomatología depresiva en pacientes con cáncer.

## **5.2. Conclusiones**

En conclusión, se encuentra asociación entre la sintomatología depresiva y algunos factores sociodemográficos como el lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, composición familiar y actividad laboral en la muestra estudiada. Esta relación sugiere que la experiencia de la depresión no es homogénea y puede estar profundamente vinculada por el contexto social y demográfico de cada individuo. Factores como el lugar de nacimiento y la composición familiar pueden reflejar

diferencias culturales y de apoyo social que podrían afectar el bienestar emocional. Asimismo, el estado civil y la actividad laboral pueden estar conectados a los niveles de estrés y en las responsabilidades cotidianas, afectando así la salud mental. El grado de instrucción, por otro lado, podría estar relacionado con el acceso a recursos y conocimientos que pueden afectar la percepción y el manejo de la depresión.

Asimismo, se concluye que no existe relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar. Es posible que la presencia de fuentes de apoyo externo, así como las estrategias de afrontamiento personales, estén teniendo un impacto mayor en la sintomatología depresiva, lo que podría eclipsar la relación del funcionamiento familiar en este aspecto. Esto destaca la complejidad de los factores que contribuyen a la salud mental y la importancia de considerar múltiples variables al evaluar el bienestar psicológico de un individuo.

De igual forma, se concluye que solo se encuentra asociación entre el funcionamiento familiar y factores sociodemográficos como el estado civil y el lugar de residencia en pacientes con cáncer. Esta comprensión resalta la importancia de identificar y abordar las necesidades de apoyo de los pacientes y sus familias durante el tratamiento y la recuperación del cáncer. Abordar estos aspectos puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes y sus familias en su lucha contra la enfermedad.

Finalmente, se concluye que la dimensión cohesión familiar se asocia a algunos factores sociodemográficos como el estado civil y el lugar de residencia. Esto evidencia que la relación entre el estado civil y la cohesión familiar, sugiere que la estructura marital puede estar vinculada en la dinámica familiar, afectando cómo los miembros se relacionan y se apoyan mutuamente. Por otro lado, el lugar de residencia podría reflejar diferencias en recursos comunitarios, redes de apoyo y entorno cultural que podrían afectar la cohesión familiar. Estos resultados subrayan la complejidad de las relaciones familiares y cómo éstas están intrínsecamente ligadas a los factores sociodemográficos que rodean a los individuos.

### **5.3. Recomendaciones**

Desarrollar programas de intervención que se centren en fortalecer la cohesión familiar y mejorar las relaciones dentro del hogar, estos programas podrían incluir terapia familiar, talleres de comunicación efectiva y actividades de fortalecimiento de vínculos familiares. Esto se basa en la observación de que la cohesión familiar puede relacionarse positivamente en la salud mental de los pacientes oncológicos.

Educar a los pacientes de Urología y Ginecología, y a sus familias sobre la relación entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva, así como sobre la importancia de buscar ayuda profesional cuando sea necesario; esto podría incluir campañas de concientización, materiales educativos y charlas informativas en las áreas de espera. Esta recomendación se apoya en los hallazgos que sugieren la importancia de la educación en la mejora de la salud mental.

Diseñar programas de intervención psicológica individualizados que se adapten a los diferentes niveles de depresión identificados (mínima, leve, moderada y severa). Estos programas pueden incluir terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y técnicas de regulación emocional, adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente. Además, se propone implementar un servicio de acompañamiento psicológico desde la sala de espera hasta la atención médica, brindado por personal especializado en psicología.

Involucrar a los miembros de la familia en el proceso de tratamiento de los pacientes oncológicos, especialmente aquellos con niveles más altos de depresión. Esto puede incluir sesiones de terapia familiar para mejorar la comunicación, resolver conflictos y

fortalecer los lazos afectivos dentro del hogar. También se recomienda continuar y mejorar las estrategias ya utilizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, intensificando los servicios de apoyo psicológico y familiar.

Colaborar con organizaciones y servicios comunitarios para facilitar el acceso de los pacientes oncológicos y sus familias a recursos de apoyo adicionales, como grupos de apoyo, programas de bienestar emocional y actividades recreativas. Esto puede complementar el tratamiento profesional y proporcionar un sistema de apoyo adicional para quienes lo necesiten.

Es fundamental reconocer las limitaciones del estudio, como el hecho de que no demostró una relación causal entre las variables investigadas. Se recomienda que los investigadores consideren esta restricción en estudios futuros e investiguen los posibles impactos de la mediación o causalidad entre los síntomas de depresión y el funcionamiento familiar en pacientes con cáncer. Al hacerlo, podremos comprender mejor la interacción entre estos factores y dirigir acciones que proporcionen mejores resultados. También se sugiere realizar estudios longitudinales que evalúen la efectividad de intervenciones específicas destinadas a mejorar la cohesión familiar y reducir la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos.

Se recomienda que en futuras investigaciones se evalúen otras variables relevantes, como los niveles de afrontamiento y el sentido de propósito, que no fueron medidos en este estudio. Estos aspectos pueden complementar la comprensión de la relación entre la sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar, y proporcionarán una visión más completa de los factores que influyen en la salud mental de los pacientes oncológicos. Además, se sugiere explorar la influencia de factores contextuales, como el entorno socioeconómico y cultural, en la relación entre la cohesión familiar y la sintomatología depresiva en esta población.

Establecer programas de formación para el personal médico y de enfermería sobre la importancia de identificar y abordar la sintomatología depresiva en pacientes crónicos, así como sobre cómo apoyar a las familias en el proceso de tratamiento.

Desarrollar protocolos de atención integral que integren la evaluación de la funcionalidad familiar como parte de la evaluación global de los pacientes oncológicos, con el fin de identificar posibles áreas de intervención.

Finalmente, se recomienda concretar el ofrecer terapia individualizada centrada en mejorar la cohesión familiar y fortalecer los recursos de afrontamiento de los pacientes crónicos y sus familias, acompañándolas de sesiones grupales de apoyo familiar donde los miembros de la familia puedan compartir experiencias, recibir información y apoyo emocional, y aprender estrategias para manejar el estrés y así afrontar la sintomatología depresiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Arias, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes tardíos*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca] <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo%20de%20Titulaci%3%b3n.pdf>
- Ai, A., Appel, H. B., Lee, J., & Fincham, F. (2022). Family Factors Related to Three Major Mental Health Issues Among Asian-Americans Nationwide. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 49, 4-21. doi:<https://doi.org/10.1007/s11414-021-09760-6>
- Alagizy, H. A., Soltan, M. R., Soliman, S. S., Hegazy, N. N., & Gohar, S. F. (2020). Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. doi:<https://doi.org/10.1186/s43045-020-00036-x>
- Angulo, R. (2020). *Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. [https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/777/Angulo%20Salas%2c%20R%3%b3ger%20Joaqu%3%adn%20\\_%20Estr%3%a9s%20-%20Oncol%3%b3gicos.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/777/Angulo%20S](https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/777/Angulo%20Salas%2c%20R%3%b3ger%20Joaqu%3%adn%20_%20Estr%3%a9s%20-%20Oncol%3%b3gicos.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/777/Angulo%20S)
- Anicama, J., Chumbimuni, A., & Chumbimuni, C. (2020). Manual de Inventario de depresión de Beck BDI-II. *Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación de Comportamiento: CIPMOC. Lima, Perú*.
- Armado Tineo, J., Apolaya Segura, M., Che, E., Vargas Tineo, O., Solís, J., & Oscanoa Espinoza, T. (2021). Calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado según lugar de atención en un hospital de referencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312021000100138](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100138)
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (s.f.). *Terapia cognitiva de la depresión* (Vol. 20° edición). Biblioteca de psicología Desclée de Brouwer.
- Carethers, J. M., & Doubeni, C. A. (2020). Causes of Socioeconomic Disparities in Colorectal Cancer and Intervention Framework and Strategies. *Gastroenterology*, 158, 354-367. doi:<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.10.029>
- Casavilca-Zambrano, S., Custodio, N., Liendo Picoaga, R., Cancino Maldonado, K., Esenarro, L., Montesinos, R., . . . Vidaurre, T. (Octubre de 2020). Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. *Seminars in Oncology*, 47, 293-301. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0093775420300907?via%3Dihub>
- Chavez Carrillo, A. (2020). Depresión: Intervenciones innovadoras. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8129/Depresion\\_ChavezCarrillo\\_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8129/Depresion_ChavezCarrillo_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2022). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 3. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

- Daniel, S., Venkateswaran, C., Singh, C., Hutchinson, A., & Johnson, M. (2022). So, when a woman becomes ill, the total structure of the family is affected, they can't do anything..." Voices from the community on women with breast cancer in India: a qualitative focus group study. *Support Care Cancer*, 30, 951-963. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06475-4>
- DeGuzman Baker, P., Vogel, D., Bernacchi, V., Scudder, M., & Jameson, M. (mayo de 2022). Self-reliance, Social Norms, and Self-stigma as Barriers to Psychosocial Help-Seeking Among Rural Cancer Survivors With Cancer-Related Distress: Qualitative Interview Study. *Advancing Digital Health & Open Science*, 6(5). <https://doi.org/10.2196/33262>
- ESSALUD. (2023). *Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación*. Obtenido de ESSALUD: <https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/10/RRI-09-2023.pdf>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjo Mataram, I., Parkin, D., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (abril de 2021). Estadísticas de cáncer para el año 2020: descripción general. *Revista internacional del Cáncer*, 149(4), 778-789. doi:<https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
- Gamboa, C. (2021). Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos de una clínica privada de Lima. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener]. [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5078/T061\\_44868444\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5078/T061_44868444_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Global Cancer Observatory. (2024). *International Agency for Research on Cancer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype>
- Gontijo Garcia, G., Cardoso Meira, K., Hubner de Souza, A., & Sernizón Guimaraes, N. (2023). Anxiety and depression disorders in oncological patients under palliative care at hospital service: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 22 (116). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01233-1>
- Haj Hashemi, F., Atashzadeh Shoorideh, F., Oujib, P., Mofifid, B., & Bazargan, M. (2021). Relationship between perceived social support and psychological hardness with family communication patterns and quality of life of oncology patients. *Nursing Open*, 8(4), 1704-1711. <https://doi.org/10.1002/nop2.808>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta edición). <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (mayo de 2019). Obtenido de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf)
- Laratta, S., Giannotti, L., Tonin, P., Salvatore Calabro, R., & Cerasa, A. (2021). Marital Stability and Quality of Couple Relationships after Acquired Brain Injury: A Two-Year Follow-Up Clinical Study. *Healthcare*, 9(3) <https://doi.org/10.3390/healthcare9030283>
- Lewinsohn, P. (1975). *The Behavioral Study and Treatment of Depression*. (M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller, Edits.) *ELSEVIER*, 1. Recuperado el 2022
- Lo, C. K., Chen, Q., Chen, M., Chan, L. K., & Ip, P. (2024). Changes in, and factors associated with family functioning: results of four cross-sectional household surveys from 2011 to 2017 in Hong Kong. *BMC Public Health*, 160. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17643-6>

- Macia, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraugi, L. (2020). Expresión de resiliencia, afrontamiento y calidad de vida en personas con cáncer. *PLOS ONE*, 15(7) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Martins Cordeiro, L., Mendes de los Santos, D., & Souza Orlandi, F. (2021). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. *Enferm Foco*, 12(3). doi:10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3801
- Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. (2021). *Plataforma del Estado Peruano*. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). *Documento Técnico*. Obtenido de Manejo de pacientes oncológicos en la pandemia por COVID-19: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo\\_te%CC%81cnico\\_de\\_pacientes\\_oncolo%CC%81gicos\\_durante\\_COVID-19.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/694551/Manejo_te%CC%81cnico_de_pacientes_oncolo%CC%81gicos_durante_COVID-19.PDF)
- Ministerio de salud. (2020). *Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer*. Obtenido de <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>
- Munhammad, T. (junio de 2023). Life course rural/urban place of residence, depressive symptoms and cognitive impairment among older adults: findings from the Longitudinal Aging Study in India. *BMC Psychiatry*, 391. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04911-9>
- National Cancer Institute. (29 de 09 de 2023). *cancer.gov*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq#top>
- Nawaz , M., Saeed, L., & Mushtaque, I. (2021). Mediating Role of Spousal Support on Internalized Stigma and Marital Satisfaction among depressive Patients. *Review of Education, Administration and Law*, 4(4). doi:<https://doi.org/10.47067/real.v4i4.207>
- Olson D., R., & Sprenkle, D. (1989). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families* (Vol. 1°). E.E.U.U.: Routledge.
- Organización Mundial de la Salud. (3 de FEBRERO de 2022). Obtenido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *International Agency for Research on cancer*. Obtenido de <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/973-latin-america-hub-fact-sheet.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2023). *Depresión*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjwr7ayBhAPEiwA6EIGxBQXCADJfvhtsCLv8Z01Z\\_\\_JWSO4tcNzOLDoVbLSjSu0Lmfg7ELrkRoCJiAQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwr7ayBhAPEiwA6EIGxBQXCADJfvhtsCLv8Z01Z__JWSO4tcNzOLDoVbLSjSu0Lmfg7ELrkRoCJiAQAvD_BwE)
- Organizacion Mundial de la Salud. (Febrero de 2024). *Who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>
- Organización Panamericana de la salud. (2023). *Oficina Regional para las Americas de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Park, M., Kyoung Choi, E., Jie Lee, H., Eun Park, H., & Chinbayer Altantuya. (2022). Programas de promoción de la resiliencia en familias de niños con cáncer: una revision sistemática. *Revista de enfermería pediátrica de hematología/oncología*, 39(3). <https://doi.org/10.1177/27527530211055997>
- Pascual Aguilar, M. (Mayo de 2023). Depresion y apoyo familiar en pacientes que acuden al preventivo liga contra el cancer. Cajamarca.

- Peng, M., Zhang, Y., Wu, Y., & Li, R. (24 de Junio de 2023). Analysis of the influential factors of the emotional health of patients with cancer based on the structural equation model: the role of social media and emotional support. *Supportive Care in Cancer*, 31(417). Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-023-07877-2>
- Pousa Rodriguez, V., Miguelez Amboage, A., Hernandez Blazquez, M., Gonzalez Torres, M. A., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cancer: una revision orientada a la practica clinica. *Revista Colombiana de Cancerología*.
- Revilla T., L. (2021). Situación de Cancer en el Peru. *Ministerio de la Salud*, 57. Obtenido de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
- Rodriguez Garcia, A., Haro Acosta, M. E., Martinez Fierro, R. E., Ayala Figueroa, R., & Roman Matus, A. (2017). Funcionalidad familiar y depresion en adultos en la atencion primaria. *Revista de Salud Publica y Nutricion*.
- Seligman, M. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. *W.H. Freeman*. Recuperado el 2022
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., . . . Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychology*, 38. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>
- Tello Torres, J. (2022). Apoyo familiar y depresion en pacientes oncologicos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. *Universidad Autonoma de Ica*. Obtenido de <http://repositorio.autonoma-de-ica.edu.pe/bitstream/autonoma-de-ica/1776/1/Jessica%20Esther%20Tello%20Torres.pdf>
- Torres - Blasco, N., Castro Figueroa, E., Zamore, C., Claros, M., Peña Vargas, C., Lianel, R., . . . Costas Muñoz, R. (2022). Family functioning and psychosocial symptoms among Latinx patients coping with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*. <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C4FDCF509EB50CBFC10077B2BE4B563C/S147895152201201a.pdf/family-functioning-and-psychosocial-symptoms-among-latinx-patients-coping-with-advanced-cancer.pdf>
- Ventura-Leon, J. L. (2017). Propiedades psicométricas del FACES-III. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(1). Retrieved from <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2778/2689>
- Vila, M. M., Barco Berron, S., Gil-Gil, M., Ochoa Arnedo, C., & Villanueva Vasquez, R. (2020). Psychosocial aspects and life project disruption in young women diagnosed with metastatic hormone-sensitive HER2-negative breast cancer. *The Breast*, 53, 44-50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.06.007>
- Walker, J., Holm Hansen, C., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., & Murray, G. (2014). Prevalence, associations and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer; a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 343-350. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70313-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70313-X)
- Yan, N., Zhou, T., Hu, M., Cai, Y., Qi, L., Shiferaw, B., . . . Miao, C. (2024). Familial Resilience in Crisis: Navigating the Mediating Landscape of Depressive Symptoms Between Uncertainty Stress and Suicide Behavior Among Chinese University Students. *Psychology Research and Behavior Management*, 17. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S445252>



**ANEXOS**

## Anexo N°1 – Operacionalización de la Sintomatología Depresiva

Instrumento: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)					
Dimensión	Indicadores	Ítems	Categoría	Valores	Tipo de variable
Cognitivo – Afectivo	Tristeza, pesimismo, fracasos del pasado, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, autocríticas, llanto, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, anhedonia	1-2-3- 4- 6-8-10- 13-14-21	Mínimo	0-13	Cualitativa
			Leve	14-19	
			Moderado	20-28	
Conductual – Fisiológico	Disconformidad con mi mismo, pensamientos o deseos de suicidio, agitación, pérdida de energía, irritabilidad, dificultad de concentración y cansancio o fatiga	5-7-9-11- 12-15-16- 17-18-19- 20	Severo	29-63	

## Anexo N°2 - Operacionalización de la Funcionalidad familiar

Dimensión	Indicadores	Ítems	Nivel de dimensión	Categoría	Variable
Cohesión familiar	Vinculación emocional Apoyo Límites familiares Tiempos y amigos Intereses y recreación	1-3-5-7-9-11-13-15-17-19	Familia dispersa Familia separada Familia conectada Familia aglutinada	Familia Balanceada	Ordinal Politómica
Adaptación familiar	Liderazgo Disciplina Control Roles y reglas	2-4-6-8-10-12-14-16-18-20	Familia caótica Familia flexible Familia estructurada Familia rígida	Familia Media  Familia Extrema	

Corrección de la prueba		
Tipo de familia	Característica	Resultado cohesión / adaptación
Balanceada	Cuando los resultados de cohesión y adaptación son moderados	Flexible y separada / Flexible y conecta / Estructurada y separada / Estructurada y conectada
Media	Cuando los resultados son extremos en una dimensión y moderado en la otra	Flexible y dispersa / Flexible y aglutinado / Caótica y separada / Caótica y conectada / Estructurada y disperso / Estructurada y rigidez y separada / Rigidez y conectada
Extrema	Cuando los resultados son extremos en ambas dimensiones	Caótico y disperso / Caótico y aglutinado / Rígido y disperso / Rigidez y aglutinado

### Anexo N°3 - Operacionalización de la Variable Sociodemográfica

Dimensión	Categoría	Clasificación
Edad		Variable Numérica Discreta de Razón
Sexo	Femenino – Masculino	Variable Cualitativa Dicotómica Nominal
Lugar de nacimiento	Lima – Provincia	Variable Categórica Dicotómica Nominal
Estado Civil	Soltero – Casado – Conviviente – Otro	Variable Categórica Dicotómica Nominal
Grado de instrucción	Primaria – Secundaria – Técnico – Universitario	Variable Categórica Dicotómica Ordinal
Lugar de residencia	Lima – Provincia	Variable Categórica Dicotómica Nominal
Religión	Católico – Cristiana – Otro	Variable Categórica Dicotómica Nominal
Tipo de cáncer	Cáncer urológico – Cáncer ginecológico	Variable Categórica Dicotómica Nominal
Tiempo de enfermedad	1 a 6 meses – 7 meses a 12 meses – 13 meses a más	Variable Categórica Dicotómica Ordinal
Composición familiar	Nuclear – Extensa – Monoparental – Otro	Variable Categórica Dicotómica Nominal
Actividad laboral	Dependiente – Independiente – Desempleado	Variable Categórica Dicotómica Nominal

## Anexo N°4 – Carta de aprobación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Lima, 14 de setiembre 2022

### CARTA N° 055-2022-CRPI-DI-DICON/INEN

Srta.  
**ANITA DEL PILAR VIDAURRE GONZALES**  
Investigadora Principal  
Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigimos a usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el Comité Revisor de Protocolos de Investigación del INEN, revaluó el documento que contiene el levantamiento de observaciones, **APRUEBAN** el protocolo Titulado: "**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**". INEN 22-47

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe por correo electrónico al término del protocolo o en su defecto el seguimiento a los 6 o 12 meses sobre los avances del mismo a esta Oficina.

Sin otro particular, quedamos de usted.

Atentamente,

**M.C. Mónica Calderón Anticona**  
Presidenta del CRPI-INEN

**M.C. Rosdall Díaz Coronado**  
Presidenta (e) del CRPI-INEN

Cc/Archivo  
MCA/c.



Av. Angamos Este 2520 -  
Surgullo  
Telf.: 201-6500  
www.inen.sld.pe  
Lima - Perú

## **Anexo N°5 – Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Beck, A. et al. (1988)

Adaptado por Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni (2020)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

#### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo

#### **2. Pesimismo**

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

#### **3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### **4. Pérdida de placer**

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas.

#### **5. Sentimientos de culpa**

- 0 No me siento culpable.
- 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de castigo**

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

#### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### **12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

- 0 Siento que soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.
- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

### **18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que antes.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que antes.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.



**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

## Inventario N° 6 – Escala de cohesión y adaptación (FACES III)

### ESCALA DE COHESION Y ADAPTACION FAMILIAR (Faces III)

Olson, Portier y Lavee (1985)

Adaptado por Juan Carlos Bazo, Oscar Bazo, Jeinz Águila, Frank Peralta, Wilfredo Momontoy e Ian Bennett (2016)

Instrucciones: Por favor, responda a los siguientes planteamientos marcando con una "X" según la siguiente escala

CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

#### ¿Cómo es tu familia?

1	Los miembros de la familia se piden ayuda cuando lo necesitan.	1	2	3	4	5
2	Cuando surge un problema, se tienen en cuenta las opiniones de los hijos.	1	2	3	4	5
3	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
4	A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos	1	2	3	4	5
5	Preferimos relacionarnos con los parientes más cercanos.	1	2	3	4	5
6	Hay varias personas que mandan en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7	Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que entre otras personas que no pertenecen a nuestra familia	1	2	3	4	5
8	Frente a distintas situaciones, nuestra familia cambia su manera de manejarlas	1	2	3	4	5
9	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos	1	2	3	4	5
10	Padres e hijos conversamos sobre los castigos.	1	2	3	4	5
11	Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.	1	2	3	4	5
12	Los hijos toman decisiones en nuestra familia	1	2	3	4	5
13	Cuando nuestra familia realiza una actividad todos participamos.	1	2	3	4	5
14	En nuestra familia las normas o reglas se pueden cambiar.	1	2	3	4	5
15	Es fácil pensar en actividades que podemos realizar en familia.	1	2	3	4	5
16	Entre los miembros de la familia nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17	En la familia consultamos entre nosotros cuando vamos a tomar una decisión	1	2	3	4	5
18	Es difícil saber quién manda en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19	En nuestra familia es muy importante el sentimiento de unión familiar.	1	2	3	4	5
20	Es difícil decir qué tarea tiene cada miembro de la familia.	1	2	3	4	5

## Anexo N° 7 – Ficha sociodemográfica

### FICHA SOCIODEMOGRAFICA

#### I. Datos Personales

1. Últimos 4 dígitos del DNI: \_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Lugar de nacimiento

a) Lima

b) Provincia

#### II. Datos demográficos

1. Sexo

a) Femenino

b) Masculino

2. Estado Civil

a) Soltero

c) Conviviente

b) Casado

d) Otro

3. Nivel Educativo

a) Primaria

c) Técnico

b) Secundaria

d) Universitario

4. Lugar de residencia

a) Lima

b) Provincia

5. Religión

a) Católica

c) Cristiana

b) Otra

6. Composición familiar

a) Nuclear

c) Monoparental

b) Extensa

d) Otro

#### III. Datos Médicos

1. Tipo de cáncer

a) Cáncer ginecológico

b) Cáncer urológico

2. Tiempo de enfermedad

a) De 1 a 6 meses

b) De 7 a 12 meses

c) De 13 meses a más

#### IV. Actividad Laboral

a) Dependiente

b) Independiente

c) Desempleado

## Anexo N° 8 – Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ (Participante) acepto voluntariamente participar en la investigación titulada como “Sintomatología Depresiva Y Funcionalidad Familiar En Pacientes Oncológicos Del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas” conducido por Anita del Pilar Vidaurre Gonzales y Flavio Cesar Vicuña Pareja, estudiantes de noveno ciclo de la carrera profesional de Psicología, perteneciente a la Universidad Católica Sedes Sapientiae, y que se encuentra bajo la supervisión del Lic. Olimpio Antonio Conso Machuca (C. Ps. P 14378) y del presidente del comité de ética de la INEN, Doctor Juvenal A. Sánchez Lihón.

Cabe resaltar que todos los datos son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación. Así mismo, su participación es voluntaria, usted puede retirarse de la evaluación cuando lo considere conveniente.

Si usted decide aceptar, se solicitará contestar una ficha de datos personales, así como un cuestionario que mide la sintomatología depresiva y la otro que mide la funcionalidad familiar. Su ayuda nos permitirá conocer la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos, y saber si es que existe una relación entre estas dos variables.

Usted no deberá pagar nada por participar en la investigación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con el estudio para así tener un mejor entendimiento de la relación entre las variables de estudios. Además, dado que la información será utilizada para fines académicos y será completamente confidencial, no se podrá brindar ningún tipo de resultado.

Así presto mi libre conformidad para participar en la investigación. Cualquier información con los investigadores puede realizarlo al número telefónico (01) 2016500 – anexo 3000 / 3001 (Departamento de investigación) o al anexo 2267 (Servicio de psicología).

---

Firma del Participante

**Anexo N° 9 – Matriz de consistencia**

<b>Problemática</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables e indicadores</b>	<b>Población</b>	<b>Diseño</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Análisis estadístico</b>
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>H1: Existe relación entre la sintomatología depresiva y los niveles funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>H0: No existe relación entre la sintomatología depresiva y los niveles de funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>	<p><b>Sintomatología Depresiva</b></p> <p><b>Definición Conceptual:</b> La depresión se define como un desequilibrio emocional que se manifiesta en sentimientos de tristeza, irritabilidad, desánimo e infelicidad, pudiendo ser temporal o permanente. Desde una perspectiva cognitivo-conductual menciona que hay presencia de pensamientos negativos conscientes sobre uno mismo, los demás y el mundo. (Beck, Rush, Shaw, &amp; Emery)</p> <p><b>Definición Operacional:</b> Es una variable categórica politómica ordinal</p>	<p><b>Población</b></p> <p>La población se encuentra conformada por 13,809 pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de la sección de ginecología y urología.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>La constituyeron 374 pacientes con cáncer que recibieron tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p>	<p>Estudio descriptivo correlacional de corte transversal y enfoque cuantitativo</p>	<p><b>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</b></p> <p>Versión Original: Beck, A. et al (1988)</p> <p>Versión Adaptada: Anicama, Chumbimuni, Chumbimuni (2020)</p> <p>Categorización de los resultados:</p> <p>Mínimo (0-13)</p> <p>Leve (14-19)</p> <p>Moderado (20-28)</p> <p>Severo (29-63)</p> <p><b>Escala de cohesión y adaptación familiar</b></p> <p>Versión original:</p> <p>Versión Adaptada:</p>	<p><b>Análisis descriptivo</b></p> <p>Se utilizó el programa STATA 12 para la realización del análisis descriptivo aquí se calculó los porcentajes y frecuencias para las variables categóricas las cuales son sintomatología depresiva, funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>Análisis inferencial</b></p> <p>Se empleó para la prueba de normalidad, de la variable numérica, la prueba estadística</p>
<p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de</p>	<p><b>Objetivo Especifico</b></p> <p>Identificar los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional</p>	<p><b>Hipótesis Especifica</b></p> <p><b>HE1:</b> Existe relación entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de</p>	<p><b>Funcionalidad familiar</b></p> <p><b>Definición conceptual:</b> Hace referencia a cómo interactúan y se relacionan los miembros de una familia, lo cual puede</p>				

<p>Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cómo es la funcionalidad familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar</p>	<p>de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Identificar los niveles de funcionalidad familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar</p>	<p>Enfermedades Neoplásicas.</p> <p><b>HE0:</b> No existe relación entre la sintomatología depresiva y la cohesión familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>HE2:</b> Existe relación entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p><b>HE0:</b> No existe relación entre la sintomatología depresiva y la adaptación familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p><b>HE3:</b> Existe relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficas.</p>	<p>cambiar dependiendo de la composición y estructura de la familiar (Olson D. &amp; Sprenkle, 1989)</p> <p><b>Definición operacional:</b> Es una variable politómica ordinal</p>	<p><b>Criterio de inclusión</b></p> <p>Paciente oncológico que pertenezcan a las áreas de urología y ginecología en consulta externa del INEN.</p> <p>Usuarios mayores de edad de ambos sexos.</p> <p>Pacientes con estudios de educación primaria completa</p> <p><b>Criterio de exclusión</b></p> <p>Pacientes que estén incapacitados para entender y firmar el</p>		<p>Categorización de resultados según dimensiones</p> <p>Dimensión Cohesión</p> <p>Familia dispersa (10-34) Familia separada (35-40) Familia conectada (41-45) Familia aglutinada (46-50)</p> <p>Adaptación</p> <p>Familia caótica (10-19) Familia flexible (20-24) Familia estructurada (25-28) Familia rígida (29-50)</p> <p>Tipos de familias</p> <p>Balanceda: Flexible y separada / Flexible y conecta / Estructurada y separada / Estructurada y conectada</p> <p>Media: Flexible y dispersa / Flexible y aglutinado / Caótica y separada / Caótica y conectada / Estructurada y disperso / Estructurada y dispersa /</p>	<p>de Shapiro Wilk; para la variable numérica y variable categórica. Además, para el análisis de variables categóricas se empleó el Chi - cuadrado, considerando una significancia estadística menor o igual a 0.05</p>
--	--	--	---	--	--	---	---

<p>en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos?</p>	<p>en los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos.</p> <p>Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos.</p>	<p><b>HE0:</b> No existe relación entre la sintomatología depresiva y los datos sociodemográficos</p> <p><b>HE4:</b> Existe relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos.</p> <p><b>HE0:</b> No existe relación entre la funcionalidad familiar y los datos sociodemográficos.</p>		<p>consentimiento informado</p> <p>Pacientes que no concluyan con el llenado de los instrumentos</p>		<p>Rigidez y separada / Rigidez y conectada</p> <p>Extrema: Caótico y disperso / Caótico y aglutinado / Rígido y disperso / Rigidez y aglutinado</p>	
---	--	--	--	--	--	--	--