



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**Depresión y apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital
Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025.**

Presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autora:

Bach. Quesquén Tejada, Betsabé Estephany

Asesora:

Dra. Tello Flores Raquel Yovana

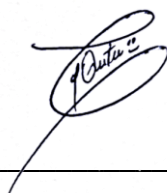
Lambayeque - Perú

2026

Depresión y apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025.

Tesis presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología

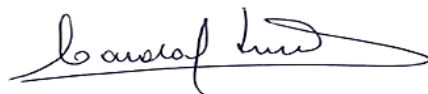
Autora:



Bach. Quesquén Tejada, Betsabé Estephany

Investigadora

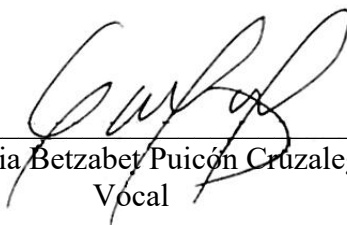
APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO



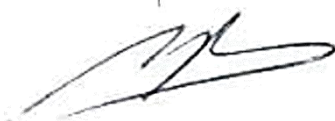
Dra. Carola Smith Maguiña
Presidente



Dra. Claudia Vallejos Valdivia
Secretaria



Dra. Gloria Betzabet Puicón Cruzalegui
Vocal



Dra. Raquel Yovana Tello Flores
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N° 623-2026

Siendo las 9:30 horas, del día viernes 21 de agosto 2026 en los Ambientes de la FACHSE: Ambiente Docente 3, por mandato de la Resolución N° 2629-2026-D-FACHSE de fecha 14 de agosto de 2026 que autoriza la sustentación, se reunieron los miembros del Jurado designado según Resolución N° 2668-2025-D-FACHSE de fecha 17 de julio de 2025; Jurado integrado por los siguientes miembros:

Presidente(a)	: Dra. CAROLA AMPARO SMITH MAGUIÑA
Secretario(a)	: Dra. CLAUDIA DORA VALLEJOS VALDIVIA
Vocal	: Dra. GLORIA BETZABET PUICÓN CRUZALEGUI
Asesor(a) Metodológico	: Dra. RAQUEL YOVANA TELLO FLORES
Asesor(a) Científico	:



Con la finalidad de evaluar la(él) Tesis titulada(o): DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2025 Presentada por BETSABÉ ESTEPHANY QUESQUÉN TEJADA para obtener el Título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

Leída la resolución de autorización, se inicia el acto de sustentación, al término del cual y de conformidad con el Reglamento General de Investigación de la UNPRG (Res. N° 184-2023-CU de fecha 24 de abril de 2023) y el Reglamento de Grados y Títulos de la UNPRG (Res. N° 267-2023-CU de fecha 20 de junio de 2023), los miembros del jurado realizaron la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al/los sustentante(s), quien(es) respondió(eron) las interrogantes planteadas.

Dada la deliberación correspondiente por parte del jurado, se sucedió la valoración, **obteniendo el calificativo de 17 en la escala vigesimal, que equivale a la mención de Beno**. Siendo las 10:23 horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

Dra. CAROLA AMPARO SMITH MAGUIÑA
PRESIDENTE(A)

Dra. CLAUDIA DORA VALLEJOS VALDIVIA
SECRETARIO(A)

Dra. GLORIA BETZABET PUICÓN CRUZALEGUI
VOCAL

OBSERVACIONES: _____

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, **Dra. Raquel Yovana Tello Flores**, usuario revisor de Tesis ☒ / Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ y/o Trabajo Académico ☐

Titulado: **Depresión y apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025.**

Cuyo autor es: **Betsabé Estephany Quesquén Tejada**; con DNI N° **75497023**, declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud **18%**, verificables en el Resumen del Reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

El suscrito (a) analizó reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 18 de Mayo del 2026.



.....
Raquel Yovana Tello Flores
DNI 09866598
Asesor

Defina la modalidad con (X)

Adjunta:

Resumen de Reporte automatizado de similitudes

Recibo digital

INFORME DE SIMILITUD DE TURNITIN

Depresión y apoyo social percibido en pacientes oncológicos
del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	18%	7%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
6	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.continental.edu.pe	



Raquel Yovana Tello Flores
DNI: 09866598
ASESOR

	Fuente de Internet	<1 %
12	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
17	biblioteca.uny.edu.ve:9443 Fuente de Internet	<1 %
18	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	dspace.uib.es Fuente de Internet	<1 %
20	sedici.unlp.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
21	Jacqueline Livia Achahuanco Villogas. "Gestión administrativa y uso de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) en dos instituciones educativas del distrito de la Molina, 2021", EVSOS, 2023 Publicación	<1 %
22	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	www.psi.puc-rio.br Fuente de Internet	<1 %



Raquel Yovana Tello Flores
DNI: 09866598
ASESOR

24	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	<1 %
Trabajo del estudiante		
25	Submitted to Universidad Privada del Norte	<1 %
Trabajo del estudiante		
26	Submitted to Facultad de Psicología	<1 %
Trabajo del estudiante		
27	Submitted to Pontifical Catholic University of Puerto Rico	<1 %
Trabajo del estudiante		
28	addi.ehu.es	<1 %
Fuente de Internet		
29	repositorio.uigv.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
30	repositorio.uwiener.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
31	www.psicologiacentifica.com	<1 %
Fuente de Internet		
32	repositorio.unu.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
33	repositorio.utelesup.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
34	repositorio.uandina.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		
35	Submitted to Consorcio CIXUG	<1 %
Trabajo del estudiante		
36	Submitted to UNIBA	<1 %
Trabajo del estudiante		



Raquel Yovana Tello Flores
DNI: 09866598
ASESOR

37	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<1 %
38	Villanueva Blas, Heleda Dalila. "Estrategias y trayectorias de liderazgo de directoras de instituciones educativas públicas de Lima Metropolitana en la Educación Básica Regular.", Pontificia Universidad Catolica del Peru (Peru) Publicación	<1 %
39	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
40	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
41	Submitted to Universidad Internacional del Ecuador Trabajo del estudiante	<1 %
42	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	<1 %
43	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
44	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
45	www.repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Raquel Yovana Tello Flores
DNI: 09866598
ASESOR

RECIBO DIGITAL DE SIMILITUD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Betsabé Estephany Quesquén Tejada
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Depresión y apoyo social percibido en pacientes oncológicos d...
Nombre del archivo: Betsab_Estephany_Quesqu_n_Tejada_Ps_Tesis_ASESORA_REV_...
Tamaño del archivo: 1.14M
Total páginas: 76
Total de palabras: 16,115
Total de caracteres: 92,240
Fecha de entrega: 18-may-2026 09:56p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2964644697



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y
EDUCACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

Depresión y apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital
Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo 2025.
Presentada para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Autora:
Bach. Quesquén Tejada, Betsabé Estephany

Asesora:
Dra. Tello Flores Raquel Yovana

Lambayeque - Perú
2026

Derechos de autor 2026 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Raquel Yovana Tello Flores
DNI: 09866598
ASESOR

DEDICATORIA

A mi familia; a mis padres Sixto y Yesenia por su apoyo incondicional en todo mi proceso por ser una profesional, por confiar en mí y por enseñarme cómo afrontar la vida; a mis hermanos Heidi, Shirell y Abner, porque con alegrías, consuelo espiritual y conocimiento me han acompañado en este camino universitario. A mi tía Doris Paola por estar siempre dispuesta a brindarme su ayuda y por ser mi inspiración de profesional a seguir.

A Jonnathan, mi prometido, por su amor, paciencia y motivación constante, que me han permitido afrontar las pequeñas y grandes dificultades presentadas en el camino universitario, y por recordarme a diario de lo que soy capaz en esta vida.

A mis amigos, por cada palabra de motivación, por cada acción concreta de ayuda, por cada salida que otorgó dopamina y bajo el cortisol haciendo llevadera la etapa universitaria y la elaboración de esta tesis.

Betsabé E. Quesquén Tejada.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su infinita bondad en mi vida, porque pese a las adversidades y lo aparentemente malo siempre me otorgó una bendición, recordándome que “todo pasa por algo”, ese algo que es mucho más grande de lo que anhelaba. Él me dio el momento perfecto para ingresar, para conocer a grandes y verdaderos amigos, para aprender de increíbles profesionales y para incluso terminar esta carrera, poniendo al servicio de las personas todo el conocimiento adquirido en este camino profesional. Gracias Dios por tu amor infinito.

Agradezco a todas y cada una de las personas que me brindaron su apoyo en diversos sentidos para lograr la meta tan anhelada de culminar una carrera profesional, a mis maestros por el conocimiento académico proporcionado y la motivación de ser mejor cada día; a los psicólogos y demás profesionales que fueron parte del aprendizaje práctico, en especial a quienes fueron mis mentores durante el internado en el Hospital Regional Lambayeque , porque no solo sumaron a la experticia profesional sino también porque muchos de ellos me sostuvieron cuando el camino se tornó difícil; a mis pacientes, estudiantes, y familia por ser mis primeros colaboradores y prestarse a cada entrevista, prueba y evaluación cuando yo apenas comenzaba, gracias por depositar su confianza en mí, permitiéndome aprender de sus historias. Gracias por enseñarme que la psicología no solo se ejerce con conocimiento, sino con el corazón.

Finalmente, mi gratitud eterna con la Profesora Liliana Collazos y el Profesor Jerjes Serrepe, por ser los primeros en ver mi potencial cuando apenas era una practicante. Gracias por confiar en mi labor y brindarme mi primera oportunidad profesional. Aunque hoy emprendo nuevos caminos de crecimiento, llevo conmigo las lecciones, la confianza y la invaluable experiencia ganada.

Betsabé E. Quesquén Tejada.

INDICE

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD.....	II
INFORME DE SIMILITUD DE TURNITIN.....	III
RECIBO DIGITAL DE SIMILITUD	VII
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	IX
RESUMEN	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I: Diseño Teórico.....	7
1.1. Antecedentes de la investigación.....	7
1.1.1. A nivel internacional.....	7
1.1.2. A nivel nacional	8
1.1.3. A nivel local.....	11
1.2. Bases Teóricas	13
1.2.1. Teorías de Depresión:	13
1.2.2. Teorías de Apoyo Social:.....	15
1.2.3. Definiciones:	17
1.3. Definición y operacionalización de variables.	25
1.3.1. Definiciones conceptuales.	25
1.3.2. Definiciones operativas.....	25

Capítulo II: Diseño Metodológico	27
2.1. Tipo de investigación.....	27
2.2. Diseño de contrastación de hipótesis o procedimiento a seguir en la investigación. 27	
2.3. Población, muestra y muestreo.	27
2.3.1. Población.....	27
2.3.2. Muestra	28
2.3.3. Muestreo	28
2.4. Técnicas, instrumentos, equipos y materiales de recolección de datos.	28
2.4.1. Técnicas.	28
2.4.2. Instrumentos.....	28
2.4.3. Equipos y materiales de recolección de datos.....	31
2.5. Aspectos éticos de la investigación.....	31
Capítulo III: Resultados	33
3.1. Resultados	33
Capítulo IV: Discusión de los Resultados	38
Conclusiones	47
Recomendaciones	49
Referencias.....	50
Anexo 1 - Instrumentos de evaluación.....	56
Anexo 2 – Confiabilidad de instrumentos adaptados	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	30
Tabla 2 Prueba de correlación entre las variables “Depresión” y “Apoyo Social Percibido”	33
Tabla 3 Niveles de la variable “Depresión” y sus indicadores	33
Tabla 4 Niveles de la variable “Apoyo social percibo” y sus indicadores	34
Tabla 5 Prueba de correlación entre la variable "Depresión" y los indicadores de la variable "Apoyo social percibido"	35
Tabla 6 Prueba de correlación entre la variable "Apoyo Social Percibido" y los indicadores de la variable "Depresión"	36
Tabla 7 Relación entre "Depresión" y "Apoyo social percibido" según la edad, sexo y estadio de cáncer	36
Tabla 8 Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II	60
Tabla 9 Confiabilidad del Cuestionario MOSS de Apoyo Social Percibido	60

RESUMEN

La presente investigación abordó la problemática de la depresión, y la percepción del apoyo social. Por ello, se buscó determinar la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025. Para lo cual, se empleó un estudio de tipo no experimental, de corte transversal, enfoque cuantitativo y alcance correlacional. La población estuvo conformada por 59 pacientes que han recibido un diagnóstico de cáncer de Mayo a Diciembre del 2025 en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, utilizándose como instrumentos al Inventario de depresión de Beck II, compuesto por 21 ítems de evaluación con escala tipo Likert, y el Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido, compuesto por 20 ítems. Los principales resultados revelaron que la depresión se asocia de manera negativa y significativamente con tres tipos de apoyo social percibido: el Apoyo emocional – informacional ($r -0,537/ p=0.000$), el apoyo afectivo ($r -0.430/ p=0.001$) y la Interacción positiva ($r -0.348/ p=0.007$), sin embargo, no posee relación significativa con el Apoyo tangible – instrumental ($r -0,191 / p=0.147$), concluyendo así que existe una relación significativa entre las variables “Depresión” y “Apoyo social percibido”, con una correlación inversa y de grado moderado ($r -0.478/ p=0.000$). Sugiriendo, la implementación de acciones concretas y programas de apoyo y acompañamiento de calidad en pacientes oncológicos en beneficio de su salud mental, priorizando el acompañamiento afectivo y la escucha activa sobre la asistencia de tipo material.

Palabras clave: Depresión, Apoyo social, Pacientes Oncológicos, Salud mental, Apoyo social percibido, Cáncer.

ABSTRACT

This research focused on depression and perceived social support. The main goal was to find the relationship between depression and perceived social support in cancer patients at the Hospital Regional Docente Las Mercedes in Chiclayo during 2025. The study was non-experimental, cross-sectional, quantitative, and correlational. The study group included 59 patients diagnosed with cancer between January and October 2025 at the same hospital. To collect data, the study used the Beck Depression Inventory-II (21 items with a Likert scale) and the Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey (20 items). The main results showed that depression is significantly related to three types of perceived social support: Emotional and informational support ($p=0.000$ / $r -0,537$), Affective support ($p=0.001$ / $r -0.430$), Positive interaction ($p=0.007$ / $r -0.348$). However, there was no significant relationship with tangible or instrumental support ($p=0.147$ / $r -0,191$). In conclusion, there is a significant relationship between depression and perceived social support, showing a moderate inverse correlation ($r -0.478$). This suggests that hospitals should create specific support programs for cancer patients to improve their mental health. These programs should focus more on emotional support and active listening rather than material help.

Key words:. Depression, Social support, *Oncology patients, Mental health, Perceived social support, Cancer.*

INTRODUCCIÓN

A la actualidad, la depresión es un trastorno mental bastante conocido en el mundo, el cual se caracteriza por la prevalencia de un estado anímico decaído que produce principalmente la pérdida de placer en la realización de actividades diarias durante un prolongado periodo de tiempo, afectando así, no solo el ámbito personal en relación a su rutina, alimentación o sueño, sino que sus efectos pueden externalizarse a distintos ámbitos de la vida. En escala mundial, se sabe que son 280 millones de personas las que aproximadamente sufren de depresión (OMS, 2023), teniendo en cuenta que su presencia suele ser mayor en las mujeres.

En el contexto peruano según el Ministerio de Salud (Minsa, 2024), el país ha atendido 280 917 casos de depresión durante el año 2023, de los cuales cabe resaltar que el 75.5 % representa a mujeres y el 16.5 % a menores de edad, cifras alarmantes que no solo ayudan a identificar los grupos de poblaciones más vulnerables en esta problemática, sino que visto desde otro ángulo este dato también podría ser el factor por el que se estigmatiza o no visualiza la presencia de depresión en grupo menores, lo cual puede resultar preocupante, puesto que las personas con depresión suelen experimentar culpa, irritabilidad, desesperanza hacia el futuro, pero en un grado mayor y no tratado a tiempo puede hacerse presente la ideación y conducta suicida.

Dentro de los factores que contribuyen la existencia de la depresión pueden ser mencionados los factores biológicos, que involucran cambios hormonales o componentes genéticos; así mismo, están los de tipo psicosocial, que refieren situaciones estresantes a las que son expuestas las personas diariamente en los distintos contextos de la vida (laboral, familiar, de pareja, etc); y de igual modo estarían los

factores por enfermedades orgánicas preexistentes (Asispa, 2023), debido a que estas, producen muchas veces circunstancias que ameritan cambios en el estilo de vida, efectos secundarios y acontecimientos dolorosos.

Tal es el caso de los pacientes específicamente con un diagnóstico de enfermedad crónica. Según RethinkDepression (2021), la evolución de una enfermedad crónica, sumada a la pérdida de autonomía y la disminución de las relaciones sociales, provoca un impacto emocional profundo manifestado en sentimientos negativos y dificultades para realizar actividades cotidianas, aspectos que a cierto plazo generan un deterioro en la calidad de vida.

Se sabe que el 70% de personas con enfermedades crónicas, experimentan sentimientos depresivos caracterizados por el cansancio, la fatiga, problemas de sueño, apatía, entre otros, los cuales, generan un impacto de mayor relevancia en experimentar sentimientos asociados a preferir quedarse en casa, sentirse solo, evitar el contacto con amigos o conocidos, estar irritable con frecuencia y sentirse una carga familiar (Plataforma de organizaciones de pacientes, 2021). Por tanto, la depresión y las enfermedades crónicas suelen coexistir, y cuando ambas están presentes, los síntomas tienden a ser más severos, lo que significa que las personas con una enfermedad crónica y depresión pueden experimentar un mayor sufrimiento tanto a nivel físico como emocional. (National Institute of Mental Health, 2021)

En base a la investigación de Carranza y Lázaro (2024), se tiene de conocimiento, que, a nivel mundial, una de las enfermedades crónicas de mayor mortalidad, suele ser el Cáncer; en el año 2019 esta fue considerada la segunda causa de

muerte a nivel mundial como parte del grupo de las enfermedades no transmisibles (Ministerio de Salud, 2024), sabiendo que el año 2021 fue testigo de 20 millones de nuevos diagnósticos de cáncer a nivel global, con una tasa de mortalidad de 10 millones de personas. Así mismo, en escala nacional, se ha registrado que el cáncer afectó a más de 175,000 peruanos durante el 2022, según el último reporte del Observatorio Global del Cáncer.

Se tiene de conocimiento que para el 2019 las personas con cáncer evidenciaban la prevalencia de trastornos mentales entre un 30% y un 40% (Ministerio de Salud, 2024), y que en el Perú muchas personas con cáncer también sufren de depresión. Los estudios muestran que entre el 14.2% y el 50% de los pacientes con cáncer tienen depresión. Y entre el 2.4% y el 6.3% de las mujeres con cáncer de mama tienen depresión moderada o severa (Ministerio de Salud, 2021). Así mismo y sin estar lejos de la realidad, Rodríguez (2023) en su investigación con pacientes con cáncer de mama en la región Lambayeque, concluyó que un porcentaje considerable de la muestra, el 87%, presentó sintomatología depresiva, siendo que un 20.79% de ellos reportó niveles máximos de depresión.

Por ello, y en base a que el cáncer, es un padecimiento que culturalmente está marcada por el dolor y la idea de que no hay salida, es fundamental comprender que va más allá de una patología netamente orgánica, siendo a su vez un suceso estresante que fractura muchas veces un proyecto de vida, la identidad y la autonomía de quién la padece, resultando así un reto para el bienestar social, puesto que no solo presenta repercusiones en el ámbito físico, el padecimiento oncológico es en gran parte una crisis existencial donde la salud mental se vuelve tan vulnerable como la integridad física.

Ante la evidencia de que el cáncer constituye un evento disruptivo, resulta relevante analizar la respuesta emocional en nuestra región, donde se registran niveles de gravedad alarmantes, tal como lo reporta Rodríguez (2023) al revelar una prevalencia del 87% de pacientes oncológicos con sintomatología depresiva. Este escenario subraya la urgencia de evaluar los factores protectores o influyentes que actúan ante una situación estresante como esta.

En este escenario, el apoyo social emerge como uno de estos factores, ya que está considerado un recurso importante para afrontar el estrés, mitigándolo y promoviendo la adaptación psicológica (Xu y Zhang, 2025), en palabras de Zhou y Kulick (2023) este es el recurso al que las personas pueden acceder para enfrentar desafíos estresantes de tipo biológicos y psicológicos. Además para Maslow, en su teoría de la motivación, la interacción social forma parte de las necesidades humanas, e influye directamente en como una persona puede sentirse encajada en la sociedad, por ello resalta la importancia de dar y recibir afecto, ampliar el círculo social y mantener la interacción grupal. (Ramírez, 2023).

Sin embargo, bajo esta perspectiva, surge la necesidad de diferenciar la asistencia social objetivamente recibida de la percepción subjetiva del apoyo que se tiene, puesto que mientras la primera se limita a una contabilización externa de recursos y ayudas, el apoyo social percibido constituye la evaluación cognitiva interna que el paciente oncológico realiza sobre su red de seguridad emocional, siendo este tipo el que cumple un doble papel positivo, debido a que el apoyo percibido no solo influye directamente en la salud mental, sino que también puede debilitar el impacto negativo

del estrés (Xu y Zhang, 2025). Ya que, a diferencia del apoyo recibido, el apoyo social percibido no depende de la cantidad de ayuda objetiva, sino de la evaluación cognitiva de la persona, razón por la que la valoración que se realiza sobre la red de apoyo se vuelve un factor crítico cuando se enfrentan situaciones de alta complejidad, siendo el cáncer, precisamente, uno de los eventos más disruptivos y amenazantes que se pueden experimentar.

Por lo anteriormente expuesto, en donde se evidencian picos críticos de afectación emocional a nivel local en Lambayeque, con hasta un 87% de sintomatología depresiva en poblaciones oncológicas y ante la necesidad de comprender cómo actúan las redes de apoyo en instituciones de salud pública, a las cuales recurre la mayor parte de la población de nuestra región, como lo es el Hospital Regional Docente Las Mercedes, surge la necesidad de responder: ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, 2025?

Así mismo se planteó como objetivo general el determinar la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025. Mientras que en relación a los objetivos específicos se busca identificar el nivel de depresión y sus indicadores en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025; así mismo, medir el nivel de apoyo social percibido general y los indicadores en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025; de igual modo, especificar la relación entre la depresión y los indicadores del apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025; así como, estimar la relación entre el apoyo social percibido y los indicadores de la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las

Mercedes – Chiclayo 2025; y finalmente, establecer la relación entre la depresión y el apoyo social percibido según edad, sexo y estadios en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025.

A continuación, se exponen los capítulos que desarrollarán detalladamente la investigación. En el capítulo I, se describe la realidad de dicha problemática mediante investigaciones realizadas a nivel internacional, nacional y local, así como la base teórica que fundamenta las variables en estudio; En el capítulo II se da a conocer la metodología empleada como el tipo y diseño de investigación, precisando la población, muestra e instrumentos de evaluación aplicados; En el capítulo III, se detallan los resultados obtenidos, mientras que en el capítulo IV, se contrasta la información encontrada con otras investigaciones. Finalmente se precisan las conclusiones y recomendaciones a fin de ser consideradas en futuras investigaciones, así como los anexos.

Capítulo I: Diseño Teórico

1.1. Antecedentes de la investigación.

1.1.1. *A nivel internacional*

Se ubican **Domeyko – Prieto et al. (2022)**, en su investigación titulada “Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión posparto”, estudio de diseño longitudinal de tres tiempos: antes del parto, primer mes posparto y tercer mes posparto, haciendo uso de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PCL-C) y la Escala de Apoyo Social Percibido (MOS), destacando en sus resultados la asociación significativa entre síntomas de Trastorno de estrés post traumático (TEPT) y el puntaje de Síntomas de depresión post parto (SDPP), en los tres tiempos, así como que el apoyo social resulta factor protector significativo para los SDPP en los tiempos 1 y 2, mientras que el Antecedente de depresión (AD) es un factor de riesgo significativo en los tiempos 2 y 3. Concluyendo que existe una fuerte asociación negativa entre apoyo social percibido y niveles de SDPP en T1 y T2. Pese a ello, el apoyo social no logra revertir la asociación de los síntomas de TEPT con el puntaje en SDPP. Situación que también se da con el apoyo social percibido y AD, motivo por el que, para disminuir la sintomatología depresiva posparto, en mujeres con AD o TEPT, no resulta suficiente solo apoyo social, sino que se requiere de apoyo profesional individualizado.

Por su parte, obteniendo la misma conclusión, **Jiménez et al. (2022)** en su estudio titulado “Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico” de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. Empleó los cuestionarios DUKE-UNC11, para precisar la percepción del apoyo social, y la escala geriátrica de Yesavage, que identifica el grado de

depresión. Obteniendo como resultados, que el 42,3% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 49,3 depresión moderada y el 8,5% depresión grave, mientras un 67,6% tenía apoyo social normal y un 32,4% un apoyo social bajo. Concluyendo así que, en efecto, existe una relación inversa significativa entre el apoyo social percibido y la presencia de depresión en los adultos mayores.

Mientras que, pese a la diferencia de población, pero con un propósito similar, **Muñoz, et al. (2023)**, en su investigación denominada “Indicadores de depresión y factores de apoyo social percibido en universitarios”, de enfoque cuantitativo no experimental, transversal con alcance correlacional predictivo, buscaba conocer si el apoyo social percibido predice indicadores de depresión. Para lo cual hizo uso de la Escala multidimensional de apoyo social percibido -MSPSS-, revelando en sus resultados que los indicadores de depresión se asocian significativamente con el apoyo social percibido de terceros (coeficiente beta = -0.292) y de familiares (coeficiente beta = -0.440), rechazando así la hipótesis nula ($p < 0.05$). Concluyendo que el modelo resultó estadísticamente significativo ($F(2,491) = 57.70$, $p < .001$), indicando que tanto el apoyo social de terceros como el de familiares tienen un efecto protector contra la depresión.

1.1.2. A nivel nacional

Calero (2025) en su investigación titulada “Apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de lima norte, 2024” de enfoque cuantitativo, alcance correlacional, y diseño no experimental perseguía el objetivo de determinar la relación entre las variables de Depresión y Apoyo social, haciendo uso de instrumentos de evaluación como la Escala de Apoyo Social (MOS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), obteniendo que existe una relación inversa pero significativa entre las variables de apoyo social y depresión, así como entre la depresión y las dimensiones de apoyo social:

apoyo afectivo (p -valor= ,000 y $Rho = ,548$), apoyo instrumental (p -valor= ,000 y $Rho = ,419$) y apoyo emocional/informacional (p -valor= ,000 y $Rho,481$).

Por su parte, **Angulo (2025)** con una población más exacta a la del presente estudio, realizó su investigación titulada “Apoyo social y malestar psicológico en pacientes con cáncer gastrointestinal: un modelo de ecuaciones estructurales”, con la intención de precisar como es que las distintas dimensiones del apoyo social predicen el malestar psicológico, incluyendo así a la depresión y ansiedad. Para lo cual hizo uso del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), obteniendo así los siguientes resultados, que el apoyo emocional ($\beta = -.23$), la interacción positiva ($\beta = -.32$) y el apoyo afectivo ($\beta = -.20$) se asocian con una disminución del malestar psicológico, mientras que el apoyo tangible ($\beta = .34$) genera por el contrario un aumento y esto debido probablemente a que generan una dependencia o estrés.

De igual modo, **Tello (2022)** en su estudio titulado “Apoyo familiar y Depresión en pacientes oncológicos del hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021” bajo una metodología cuantitativa, de diseño no experimental y nivel descriptivo correlacional, utilizando instrumentos como Cuestionario de Apoyo familiar e Inventario de Depresión de Beck obtuvo en resultados que casi la mitad de los pacientes (45.10%) reportaron un nivel muy alto de apoyo familiar, mientras que una cuarta parte (27.45%) indicó un nivel muy bajo. En cuanto a la depresión, más del 30% de los pacientes presentaron un nivel grave. Concluyendo así una relación inversa significativa debido al coeficiente de correlación de Rho Spearman de $r = -0,348$ y una significancia de $p = 0,000$ ($p < 0,05$) lo que indica que a mayor apoyo familiar, menor es el nivel de depresión en pacientes oncológicos.

Por otro lado, con una población oncológica, **Ibarra (2022)** desarrolló un estudio denominado “El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana”, en el cual se

empleó un diseño de estudio cuantitativo, correlacional y transversal; buscando adaptar y conocer las propiedades psicométricas del Cuestionario MOS y CAEPO, y precisar a su vez si el apoyo social percibido es una variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos, utilizando los instrumentos en mención. El análisis estadístico indicó un coeficiente omega de 0.99, altamente consistente y con cargas factoriales entre 0.80 y 0.96, lo cual resulta positivo y recomendado. No obstante, se evidenció que no existe relación altamente significativa entre el apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al estrés.

Por su parte, **Alvarado (2021)** enfatizando el entorno de las enfermedades crónicas realizó su investigación titulada “Depresión y soporte social en la calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital de salud pública” buscaba examinar la relación entre la depresión, el apoyo social y la calidad de vida de pacientes con diabetes de tipo II provenientes de un hospital estatal de la ciudad de Lima Metropolitana, haciendo uso del Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de MOS de Apoyo Social Percibido, y el Cuestionario Breve de Apoyo Social (SSQ-6). Corroborando las relaciones entre la sintomatología depresiva y el apoyo social en la calidad de vida, presentando de manera principal efectos significativos del apoyo instrumental y familiar ($p = -.365^*$ / $p = .310^{**}$) respecto a la calidad de vida. Así mismo no se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en ninguna de las variables.

Finalmente, en este ámbito, **Ludeña (2020)**, en su investigación denominada “Apoyo social en pacientes oncológicos de cáncer de mama residentes -Urbanización San Germán en Lima, 2020”, de tipo básica no experimental y transversal, buscaba determinar el nivel de apoyo social en pacientes oncológicos de cáncer de mama residentes, para ello, hizo uso del cuestionario de MOS. El análisis de los datos reveló que el 70% de la muestra presenta un nivel intermedio de apoyo social, el 25% un nivel bajo y solo el 5% un nivel alto. Estos

hallazgos sugieren que, en general, los pacientes con cáncer de mama residentes en la Urbanización San Germán perciben un nivel moderado de apoyo social en todas sus dimensiones

1.1.3. A nivel local

Encontramos inicialmente a **Rodríguez (2023)** quién desarrolló su investigación titulada “Depresión en pacientes con cáncer de mama en un hospital de la región Lambayeque, 2018-2020”, un estudio transversal, observacional, no experimental y descriptivo, en la cual perseguía como objetivo establecer la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama en un hospital de la región Lambayeque, para ello, utilizó como instrumento el Test de Zung. Los resultados indican que la depresión es un problema de salud mental común entre las pacientes con cáncer de mama en el periodo estudiado (2018-2020), concluyendo que el 87% de pacientes presentaba síntomas depresivos, pero de ellos, el 20.79% fue en grado máximo. Encontrando a su vez una relación significativa entre la mastectomía y la presencia de síntomas depresivos.

En la misma línea, **Carranza y Lázaro (2024)** enfatizando una etapa del desarrollo humano, llevaron a cabo su investigación titulada “Apoyo familiar y depresión en adultos mayores con cáncer. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas”, un estudio de método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo correlacional y de corte transversal, que tuvo por objetivo determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores con cáncer que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte de Trujillo, 2024; empleando la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de valoración del grado de apoyo familiar de Leiton. Teniendo como resultados que, en cuanto a la prevalencia de depresión en adultos mayores, se observó que el 48% no la padece, el 32% presenta depresión leve y el 20% sufre de depresión en un grado más severo. En relación al apoyo familiar, el 62% de los participantes reportó un alto grado de apoyo, seguido de un

31% con apoyo moderado y un 7% con bajo apoyo. Concluyendo que, se evidencia una correlación negativa altamente significativa entre el apoyo familiar percibido y los síntomas depresivos en adultos mayores, mediante el coeficiente de correlación de Spearman de -0.588, con un nivel de significancia estadística de $p=0.00$, que sustenta la hipótesis de que un mayor apoyo familiar se asocia con una menor probabilidad de presentar depresión en esta población.

Finalmente, **Pasache (2022)** contrastando las variables sin un entorno oncológico, realizó su investigación titulada “Apoyo social y depresión en adultos mayores, CARPAM “San Juan de Dios”, Ica – 2022”, investigación cuantitativa con un nivel descriptivo – correlacional y un diseño no experimental de corte transversal. La cual tenía como objetivo explicar la relación que existe entre Apoyo social y la Depresión en adultos mayores en dicha población, mediante el uso del cuestionario de “MOS” de Apoyo Social Percibido y el Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Obteniendo como resultados que existe relación significativa entre el apoyo social y la depresión ($p= 0.000$), así como relaciones significativas entre los indicadores del apoyo social y la Depresión.

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. *Teorías de Depresión:*

1.2.1.1. Teoría de Depresión de Beck: El psiquiatra Aaron Beck, en 1976, revolucionó la comprensión de la depresión al proponer que nuestros pensamientos juegan un papel fundamental en su desarrollo. A través de un minucioso análisis de los pensamientos de las personas deprimidas, Beck identificó tres patrones recurrentes: una visión negativa de sí mismos, una visión negativa del mundo y finalmente una visión negativa del futuro. Estos tres componentes conforman lo que se conoce como la Tríada Cognitiva de Beck, una herramienta clave para entender y tratar la depresión. (Gómez, 2021).

Según la Clínica Universidad Navarra (2023) precisa que los pensamientos negativos de uno mismo, son aquellos que llevan a una persona a interpretarse a sí mismo desde una visión muy despectiva, manifestando creencias como “Soy inepto, impotente o indigno”. Así mismo los pensamientos negativos del mundo, son aquellos que conducen a la mala interpretación del entorno, asumiendo que se encuentran en un ambiente “hostil, injusto y desprovisto de oportunidades”. Finalmente, los pensamientos negativos del futuro, son los que generan la anticipación de un futuro adverso con resultados nada favorables, siendo este aspecto el que provoca muchas veces el sufrimiento inexplicable, la falta de visiones positivas o el irremediable fracaso.

1.2.1.2. **Teoría de la Incapacidad o Indefensión aprendida (IA):** Esta teoría ha sido expuesta por Martin Seligman en su libro titulado “Indefensión” (Nataras, 1999), para Seligman la indefensión refiere a un aspecto psicológico producido tras exponerse a situaciones incontrolables, pese a que el individuo realice denotados intentos por manejar la situación. Dicha indefensión, para el autor, genera perturbaciones a nivel conductual, cognitivo y emocional, teniendo en cuenta que, si un individuo se ha enfrentado a una situación traumática incontrolable, esta reduce la motivación posterior para enfrentar próximas situaciones del mismo tipo inicialmente, denotando a largo plazo una indefensión aprendida y la presencia de un estado depresivo o de ansiedad. En palabras de Bernaola, 2007 (Citado en Velasco, 2022), la percepción de no tener el control desencadena un cóctel de emociones negativas como frustración, miedo e insatisfacción, que a menudo se manifiestan en el cuerpo a través de problemas como úlceras, enfermedades del corazón y trastornos del sueño. Dentro que las consecuencias que conlleva una IA, se encuentra la adquisición de una conducta pasiva, puesto que tras “aprender” que la situación no puede ser controlada, la motivación para responder se reduce.

1.2.1.3. **Modelo biopsicosocial:** El modelo biopsicosocial, fue introducido por George L. Engel en el año de 1977, surgiendo como una respuesta a la insuficiencia del modelo médico tradicional, el cual se centraba exclusivamente en los aspectos orgánicos de las enfermedades. Engel argumentó que, para comprender plenamente la salud y la enfermedad, era necesario considerar también a los factores psicológicos y sociales que influyen en nuestro bienestar (Arrieta y Guzmán, 2021).

Por tal razón este modelo destaca como posibles causas de la depresión a factores biológicos, que involucran desequilibrios en el estado de la salud somática como enfermedades crónicas, adicciones, entre otros; factores psicológicos, como acontecimientos estresantes en los distintos aspectos de la vida, familia, pareja y/o otras relaciones interpersonales; y factores sociales y culturales, que refiere a las redes de apoyo, condiciones laborales, escolares, financieras, entre otros.

1.2.2. *Teorías de Apoyo Social:*

1.2.2.1. **Teoría de los efectos directos sobre la Salud:** Esta teoría plantea que el apoyo social tiene consigo un efecto positivo y directo sobre la salud tanto física como mental de las personas (Durá y Garcés, 1991), indicando así que quienes poseen más y mayores vínculos emocionales (contactos sociales) tienen un mejor estado de salud físico y mental a corto o largo plazo, a diferencia de quienes no tienen dichos vínculos. Por ende, si una persona posee mayor nivel de apoyo social menor será su malestar psicológico, y si por el contrario contara con menor grado de apoyo social, aumenta su vulnerabilidad a desarrollar trastornos, independientemente de los eventos que experimente. (Gómez, Pérez y Vila, 2001)

- 1.2.2.2. Teoría de los efectos reductores directos sobre los estresores:** En la misma línea, esta teoría sostiene que el apoyo social tiene un efecto reductor y directo sobre los eventos estresantes que vivencian las personas. De este modo, plantea su relación directa y específica con eventos estresantes a los que la persona debe enfrentarse (Durá y Garcés, 1991) y como es que el apoyo social puede reducir el nivel de estrés que dichos eventos podrían generar, a diferencia del planteamiento anterior que habla de un efecto general.
- 1.2.2.3. Teoría del efecto amortiguador:** La perspectiva del efecto amortiguador Cohen y Wills, plantea que el apoyo social funciona como una barrera protectora de los eventos que pueden afectar directamente la salud o bienestar de la persona. Se cree que esto ocurre porque el apoyo social permite que las personas cambien su perspectiva sobre los eventos estresantes y los aborden de maneras más saludables o bien, puede prevenir problemas de salud mental que podrían aparecer si no tuvieran ese apoyo (Castro, Campero y Hernández, 1997).
- 1.2.2.4. Modelo de deterioro del soporte social:** Sostiene que las situaciones o eventos catastróficos debilitan la red social de una comunidad al sobrecargar a los proveedores de ayuda, quienes también pueden ser consideradas como víctimas. Este proceso inicialmente presenta una fase inicial de movilización intensa caracterizada por solidaridad y apoyo masivo, que evoluciona hacia una fase de deterioro, en dónde se da una disminución del apoyo recibido y, por ende, del apoyo percibido, convirtiendo la falta de soporte en un factor de estrés secundario que incrementa la depresión y ansiedad (Norris y Kaniasty, 1996).

1.2.3. Definiciones:

1.2.3.1. **Depresión:** Según la Organización Mundial de la Salud (2023), la depresión o también llamado trastorno depresivo mayor se define como la pérdida marcada del interés o placer en casi todas las actividades, lo cual constituye un síntoma central de esta afección. Si bien la depresión puede manifestarse en cualquier persona, existen ciertos factores de riesgo, como el género femenino o la exposición a eventos traumáticos, que incrementan la probabilidad de desarrollarla.

El trastorno depresivo mayor es una afección mental frecuente a nivel mundial que se manifiesta a través de una variedad de síntomas cognitivos, emocionales y físicos. Su etiología es multifactorial, pudiendo estar asociada a enfermedades médicas crónicas, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y trastornos neurológicos, así como a factores psicosociales. (Corea, 2021).

Según Gómez (2021), en la actualidad, la psicología utiliza diversos enfoques para comprender el comportamiento humano y diseñar tratamientos para aquello que lo amerite, razón por la que, a lo largo de su historia, ha explorado distintos enfoques y modelos. Cada uno se ha centrado desde visiones distintas, ya sea la conducta observable, los pensamientos o los eventos de la vida. Sin embargo, dentro del modelo cognitivo, la Tríada Cognitiva de Beck destaca por su énfasis en cómo las personas interpretan sus propias experiencias, convirtiéndose así en un modelo teórico bastante respaldado para la intervención de la depresión.

1.2.3.1.1. Indicadores de depresión

Cognitivo – Afectivo: Este indicador implica una alteración emocional, caracterizada por generar un gran sufrimiento y malestar, al punto de perjudicar el desempeño del individuo en sus actividades diarias. (Chua y Pauro, 2023), encontrando signos como sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, etc

Somático – Motor: Este indicador involucra los malestares subjetivos, es decir las experiencias internas que solo la persona que los padece puede sentir y describir o por lo menos es difícilmente perceptible al exterior involucrando síntomas como: como fatiga, pesadez, insomnio, cambios en el apetito, entre otros. (Díaz, Santoyo y Arias, 2023).

1.2.3.1.2. Cuadro clínico:

Según Ministerio de Salud (2020) los signos y síntomas que caracterizan a la depresión son: **Tristeza Patológica**, estado de ánimo de tristeza en un nivel más profundo que afecta el estilo de vida de la persona, tras un acontecimiento significativo o sin razón aparente; **Desgano y anhedonia**, pérdida del placer en la realización de actividades incluso cotidianas, la persona se muestra apática, “sin ganas de nada” incluyendo las ganas de vivir; **Ansiedad**, aquella que comúnmente confluye con la depresión, generándose así una intranquilidad, que caracteriza a la depresión de tipo ansiosa; por el contrario, aquellos que inhiben los estímulos, presentarían una depresión inhibida, caracterizada por la irritabilidad y agresión; e **Insomnio**, que implica dificultades para conciliar el sueño, despertando a su vez temprano con un estado anímico decaído, en su defecto las personas con depresión podrían padecer de hipersomnia, durmiendo por horas excesivas.

Así mismo se encuentran ***Alteraciones de pensamiento***, que refiere a la presencia de ideas catastróficas a términos generales, caracterizadas por ser repetitivas en donde la memoria se atenúa y la distracción se hace más habitual; ***Alteraciones somáticas***, presencia de dolores que perduran en el tiempo y generan molestias significativas en distintas partes del cuerpo, suelen experimentar estreñimiento, sudoración excesiva, fatiga constante, entre otros; ***Alteraciones del comportamiento***, que puede presentarse de dos modos, siendo una, que la persona decida aislarse y mantener extrema quietud, mientras que, de otra, podría presentar conductas violentas cargadas de angustia y llanto excesivo; así como ***Modificaciones del apetito y peso***, que puede variar según la persona, sin embargo, en un mayor número de casos, el apetito disminuye y por consiguiente el peso también.

Finalmente encontramos, ***Pérdida del placer***, disminución o ausencia de satisfacción en actividades que antes eran placenteras, como el sexo, el deporte, juegos, entre otros; ***Culpa excesiva***, este es un sentimiento de culpa abrumador e intenso que interfiere significativamente con la vida diaria de una persona; ***Pensamiento suicida***, la persona muestra un interés excesivo y obsesivo por la muerte, alimentado de los sentimientos autodestructivos; y ***Disminución de la energía***, que es la presencia de un cansancio sin razón aparente, suele estar presente en cualquier parte del día, pero es mucho más característico por las mañanas.

1.2.3.2. Apoyo Social: El concepto de apoyo social ha enfrentado a múltiples cambios desde sus inicios, considerando que se tiene conocimiento de este término gracias a los estudios realizados por Jhon Bowly en su teoría del desapego (Ibarra, 2022), para Caplan, Robinson, French, Caldwell y Shinn (1976, Citado en Aranda y Pando, 2013), era todo aquel impulso otorgado por una persona o grupo que moviliza al receptor hacia el cumplimiento de los anhelos que posee. Mientras que otros precisaban que el apoyo social podía también delimitarse como la actividad social otorgada por familiares, amigos, pareja y demás, que incluía provisiones de distintos tipos dadas de una persona hacia otra.

Acoplado a ello, Vega y González (2009, Citado en Lau 2022) describen a este, como el proceso de interacción entre dos o más personas, que a través del trato constante facilitan la creación de lazos afectivos que le permiten a una de las partes beneficiarse de apoyo emocional y material para enfrentar las adversidades que pueda estar viviendo.

Si bien, no hay un conceso exacto respecto a lo que realmente implica el apoyo social, todas estas se relacionan, pero si resulta preciso considerar la diferencia entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. Por tanto, el *apoyo social recibido* hace mención a las acciones o recursos específicos que las redes de apoyo hacen llegar a sus receptores (Paredes y Vega, 2021).

Mientras que para Gülaçti (2010, Citado en Paredes y Vega, 2021), el *apoyo social percibido* se refiere a la evaluación subjetiva que una persona hace de su red social y los recursos de apoyo disponibles en un momento dado, siendo para el autor el tipo de apoyo fundamental para la salud mental, ya

que la disponibilidad de recursos se relaciona directamente con el sentimiento de ser amado, valorado y apreciado.

1.2.3.2.1. Tipos de Apoyo Social Percibido

Debido a la amplitud que involucra el concepto de Apoyo Social y en el intento por simplificar su comprensión, muchos autores han sugerido desglosarlo en sus componentes. Es así como Sherbourne y Stewart (Smith y Blumenthal, 2011, citado en Herrera et al. 2021) plantean que el apoyo social posee dos vertientes: Apoyo estructural y Apoyo funcional.

Apoyo estructural: Involucra el tamaño, tipo y frecuencia de las relaciones sociales de una persona.

Apoyo funcional: Involucra el grado de soporte proporcionado por dichas relaciones sociales para acciones específicas. Esta a su vez se distingue en 5 tipos, mismo que actúan como indicadores; ***Emocional***, este tipo de apoyo incluye las expresiones de afecto positivo, la empatía, el entendimiento y la incitación a expresar las emociones y sentimientos; ***Informacional***, refiere a la orientación, consejo o guía a modo de retroalimentación que se le ofrece a una persona; ***Tangible***, es el apoyo de tipo material y/o actividades asistenciales; ***Interacción social positiva***, refiere a la disposición existente de los demás para hacer actividades agradables y entretenidas con la persona; y ***Apoyo afectivo***, que incluye toda expresión de amor o afecto para con la persona.

1.2.3.3. Paciente oncológico: Es aquella persona que ha sido diagnosticada con alguna de las enfermedades que engloba el término "cáncer". Esto significa que presenta o ha presentado un desarrollo de células anómalas que se multiplican y crecen de forma descontrolada en su cuerpo, ya sea de manera localizada (formando un tumor o neoplasia) o con la capacidad de diseminarse a otros órganos (metástasis). (Otero, 2023)

1.2.3.3.1. El cáncer en el Perú

Al término del primer trimestre del año 2024 se sabe por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2024), que en Perú, el cáncer aumenta su presencia en las mujeres de los 25 años en adelante, mientras que en los hombres suele darse a partir de los 50 años, siendo que los tipos de cáncer más frecuentes en el sexo masculino fueron: cáncer de próstata, piel, estómago, colorrectal, y linfomas; mientras que en el sexo femenino fueron: cáncer de cuello del uterino, mama, piel, colorrectal y estómago. Así mismo la incidencia en el I trimestre fue mayor en los departamentos de Junín, Moquegua y Lambayeque. Considerando que, de los casos con información registrada, el 59,1% fueron captados en estadio III y IV y solo el 7% se ubican en estadio de cáncer in situ; siendo la mayor frecuencia de tratamiento, el quirúrgico y la quimioterapia.

1.2.3.3.2. Estadificación del cáncer:

La estadificación involucra la manera en que los profesionales médicos describen el cáncer que presentan cada uno de los pacientes teniendo en cuenta la ubicación y extensión de este, así como la caracterización de las células tumorales anormales, si es que las presentaran, resultando importante para el diagnóstico y tratamiento.

Sistema de estadificación tumor, ganglio linfático y metástasis (TNM):

En este sistema hay que tener de consideración que la terminología en abreviación está en inglés y equivale a: tumor (T), el cual indica el tamaño del tumor y cuanto se ha extendido como tumor primario; node (N), el cual indica la cantidad de ganglios linfáticos que están cercanos y se encuentran cancerosos; finalmente está metástasis (M), que refiere a si hay presencia de metástasis, es decir que el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo.

Tumor primario, es el tumor que indica dónde surgió el cáncer y se le asigna una letra o número para indicar sus condiciones. T_x (No hay información o no ha podido analizarse el tumor primario); T_0 (No se pudo localizar el tumor primario); T_{is} (El cáncer se desarrolla en la capa más superficial del tejido, por ende, es un cáncer *in situ* o pre cáncer); y T_1, T_2 (El número indica la propagación del cáncer a los tejidos más cercanos, a mayor número, mayor extensión) American cancer society (2022).

Ganglios linfáticos, son pequeñas estructuras de células inmunitarias y son analizados para identificar si el cáncer se ha propagado hacia ellos. N_x (No hay información o no han podido analizarse los ganglios linfáticos); N_0 (Los ganglios linfáticos no tienen cáncer); N_1, N_2 (A mayor número, mayor es la propagación en los ganglios) American cancer society (2022).

Metástasis, implica la propagación del cáncer a otras partes del cuerpo lejanas al tumor primario. M_0 (No existe propagación); M_1 (Existe propagación en tejidos u órganos lejanos) American cancer society (2022)

Cabe mencionar que así mismo, existe una agrupación simplificada y funcional del TNM para determinar qué tan avanzada está la enfermedad y

que el personal médico suele utilizar para describir el cáncer. Inicialmente, ubicamos el **Estadio 0** (*carcinoma in situ*) que refiere la presencia de células anómalas localizadas que aún no han invadido tejidos adyacentes, no es cáncer, pero podría llegar a serlo, luego los **Estadios I, II y III** confirman la presencia de cáncer, incrementándose la magnitud del tumor y su extensión a medida que avanza la numeración. Finalmente, el **Estadio IV** representa la fase de mayor gravedad, caracterizada por la diseminación del tumor hacia regiones distantes del cuerpo (metástasis) American cancer society (2022).

1.2.3.3.3. Fases tras el diagnóstico:

El recibir un diagnóstico siempre genera un sinnúmero de emociones, razón por la que es importante precisar que un paciente vivencia distintas etapas durante su enfermedad, es así como en una **Etapas inicial**, el paciente experimenta un estado de negación ante el diagnóstico oncológico, manifestando una resistencia interna que se traduce en sentimientos de hostilidad y una profunda angustia emocional; en la **Etapas de disforia**, los pacientes experimentan un deterioro del estado de ánimo y nerviosismo que los vuelve más susceptibles, alterando su funcionamiento diario y comprometiendo tanto la calidad del descanso como su alimentación; para finalmente llegar a la **Etapas de aceptación**, en donde terminan por aceptar su diagnóstico, teniendo la disposición incluso de buscar apoyo y retomar la habitualidad en su rutina. (Durantes, 2016)

1.3. Definición y operacionalización de variables.

1.3.1. Definiciones conceptuales.

1.3.1.1. Depresión:

Beck (2008) define a la depresión como “un trastorno debilitante caracterizado por un conjunto de síntomas cognitivos, afectivos y somáticos, producto de interpretaciones negativas de las experiencias individuales que retroalimentan dicha sintomatología y que se refuerzan entre sí” (Citado en Sánchez et al. 2023)

1.3.1.2. Apoyo social percibido

El Apoyo Social Percibido refiere a cómo una persona evalúa internamente su relación con otros y la ayuda que siente recibir. Implica creer subjetivamente que es valorada, cuidada y que está satisfaciendo sus necesidades de interacción social. (Chua y Shorey, 2022)

1.3.2. Definiciones operativas.

1.3.2.1. Depresión

La depresión se define en base a la puntuación obtenida en la Escala de Depresión de Beck (BDI-II). Específicamente, se considerará que una persona presenta depresión si su puntuación total en la escala es igual o superior a un punto de corte: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

1.3.2.2. Apoyo social percibido

El apoyo social percibido se define en base a la puntuación obtenida en el Cuestionario de MOS de apoyo social, en dónde se considera que la persona carece o presenta un escaso apoyo social cuando obtiene una puntuación global menor de 57.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Depresión	DEPRESIÓN UNIDIMENSIONAL	Cognitivo afectivo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 18	Intervalo 4 categorías (0 a 3 puntos)	Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
		Somática Motor	11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21		
Apoyo social percibido	APOYO SOCIAL PERCIBIDO UNIDIMENSIONAL	Apoyo emocional/ informativo	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19	Likert 1= Nunca 2 = Casi nunca 3 = Algunas veces 4 = Casi siempre 5 = Siempre	Cuestionario MOS de apoyo social percibido
		Apoyo tangible/ instrumental	2, 5, 12, 15		
		Interacción positiva	7, 11, 14, 18		
		Apoyo afectivo	6, 10, 20		

Capítulo II: Diseño Metodológico

2.1. Tipo de investigación.

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un alcance correlacional, el cual se caracteriza por calcular el grado de asociación de dos o más variables, buscando conocer el comportamiento de una variable en relación a las variaciones de otra (Guerrero, 2022).

2.2. Diseño de contrastación de hipótesis o procedimiento a seguir en la investigación.

Esta investigación fue de tipo no experimental y de corte transversal, en dónde la recopilación de información se dio en un solo momento, sin la manipulación de sujetos o del entorno (Bastis Consultores, 2021).

2.3. Población, muestra y muestreo.

2.3.1. Población.

La población estuvo conformada por 117 pacientes que han recibido un diagnóstico de cáncer de Mayo a Diciembre del 2025 en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.

- Criterios de selección.

- ✓ **Inclusión.** Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico oncológico recibido en el año 2025, registrados correctamente en el Excel del área oncológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes, y que han continuado a su vez el tratamiento en dicho nosocomio.
- ✓ **Exclusión.** Pacientes que presenten patología psiquiátrica; pacientes que no se encuentren orientados en tiempo, espacio o persona, así como evaluados que no respondan correctamente la

totalidad los diversos ítems de las pruebas psicométricas, o que en su defecto presenten errores en sus datos de registro o contacto.

2.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 59 pacientes diagnosticados.

2.3.3. Muestreo

Se aplicó un muestreo no probabilístico intencional, el cual, permite elegir deliberadamente a los sujetos para reflejar características específicas mediante una "intención premeditada" (Bullard, 2024). En este sentido, la muestra final de 59 pacientes se obtuvo tras aplicar los criterios rigurosos de inclusión y exclusión, asegurando la homogeneidad y validez de los datos

2.4. Técnicas, instrumentos, equipos y materiales de recolección de datos.

2.4.1. Técnicas.

En la intención de responder a los objetivos propuestos, se utilizó la técnica de la encuesta para reunir información respecto al nivel de Depresión y de Apoyo Social Percibido.

2.4.2. Instrumentos.

Inventario de depresión de Beck II (ANEXO B):

Está compuesto por 21 ítems de evaluación con escala tipo Likert, su modalidad de aplicación es tanto individual como colectiva, pudiendo ser auto aplicable o aplicada en un tiempo aproximado de 10 min. En cuanto a su calificación, se sabe que cada ítem responde a una escala de 4 categorías (De 0 a 3 puntos), a excepción de los ítems 16 y 18 que presentan sub categorías; con un máximo de 63 puntos y un mínimo de 0 puntos. Así mismo, sus puntos de corte interpretativos son: 0 a 13, depresión mínima; 14 a 19, depresión leve; 20 a 28, depresión moderada; y 29 a 63, depresión grave. En cuanto a sus propiedades psicométricas, según la investigación de Aedo (2020)

realizada en el Perú, este instrumento posee una alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.86$), evidenciando su confiabilidad, mientras que la validez de constructo se respaldó por correlaciones significativas con instrumentos de referencia, como la Escala de Desesperanza de Beck ($r = .68$), la Escala de Ideación Suicida ($r = .37$), el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = .60$), la Escala de Hamilton para la Depresión ($r = .71$) y la Escala de Hamilton para la Ansiedad ($r = .47$). Finalmente, el análisis factorial confirmatorio, presentó un índice de adecuación muestral de Kaiser de 0.95, que respalda la estructura factorial propuesta.

Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido (ANEXO C)

Se sabe que fue elaborado tras una investigación a cargo de los médicos Sherbourne y Stewart en 1991, este instrumento está compuesto de 20 ítems que evalúa el apoyo social percibido en personas con enfermedades crónicas, puede ser auto aplicado, y mide tanto la cantidad de personas en la red social del individuo (apoyo estructural), como la calidad de las relaciones y el tipo de apoyo recibido (apoyo funcional). Este último, se divide en cuatro dimensiones: emocional, material, interacción social y afectivo. Cada dimensión se calcula sumando los puntajes de las preguntas correspondientes, y un puntaje bajo indica una menor percepción de apoyo en esa área. Sus puntos de cortes interpretativos, plantean que un puntaje menor a 57 indica apoyo global escaso, mientras que la falta de apoyo emocional se da en menos de 24 puntos; falta de apoyo instrumental, menos de 12 puntos; mientras que la falta de interacción y apoyo afectivo, se da en menos de 9 puntos.

En Perú, Collacso y León (2019) obtuvieron las propiedades psicométricas del instrumento, describiendo una validez adecuada de contenido y de constructo con valores de V. Aiken (> 0.82), así mismo los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach y omega de McDonald obtenidos para el Cuestionario MOS de Apoyo

Social superan el valor de 0.90, lo que evidencia una elevada confiabilidad del instrumento.

Se procedió a realizar una prueba piloto con los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de Enero a Abril del 2025, correspondiente a 20 evaluados, que compartían características similares con la muestra en estudio. El objetivo fue verificar la claridad de los ítems y la operatividad de los instrumentos en el contexto real de aplicación. Siendo así que, al momento de la aplicación los pacientes no manifestaron dudas ni confusión respecto a la redacción de los ítems o las escalas en general.

Respecto a la consistencia interna mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, se obtuvo para el de *Inventario de depresión de Beck II* un valor de $\alpha = 0,921$ mientras que para el *Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido* se obtuvo un valor de $\alpha=0,973$, resultados que confirman que ambos instrumentos poseen una fiabilidad alta, garantizando la viabilidad de aplicación de dichos instrumentos.

Para determinar el tipo de estadística a utilizar, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov detallada en la Tabla 1. Los datos indican que los valores de significancia de cada variable son mayores a 0.05 ($p = 0.58$ / $p=0.185$); por lo tanto, los datos poseen de una distribución normal, optando por el uso de una prueba estadística paramétrica, específicamente el coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 1

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variables	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	Gl	Sig.
Depresión	0,113	59	0,58
Apoyo Social Percibido	0.103	59	0,185

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

2.4.3. Equipos y materiales de recolección de datos.

Para el proceso de recolección y procesamiento de la información, se utilizaron materiales físicos y medios digitales adaptados a las características de la muestra. Tal como es el caso de los instrumentos de evaluación; el Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario MOS de Apoyo Social. Se utilizó la plataforma Google Forms para la creación y difusión de formularios virtuales, dirigidos a los participantes que poseen acceso y dominio de herramientas tecnológicas. Así mismo, se emplearon los instrumentos en modalidad impresa para su aplicación presencial en aquellos casos donde no fue posible el acceso digital.

Para el soporte técnico, se contó con una computadora con acceso a internet, así mismo la información obtenida fue procesada mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics, el cual permitió realizar el análisis cuantitativo y la validación de los resultados,

2.5. Aspectos éticos de la investigación.

La presente investigación se desarrolló bajo los principios éticos que protegen los derechos y el bienestar de los participantes. En relación al principio de autonomía y respeto por las personas, se aplicó un consentimiento informado donde se detalló el propósito del estudio, precisando a su vez, que la participación fue estrictamente voluntaria, y podían retirarse del mismo, en cualquier momento.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad, tanto en la modalidad física como en el formulario de Google Forms, no se solicitaron nombres ni datos de identificación personal, la recolección se limitó exclusivamente a datos sociodemográficos y clínicos relevantes para los objetivos de la investigación, tales como el sexo, grupo de edad y el estadio de la enfermedad.

Bajo los principios de beneficencia y no maleficencia, el estudio se diseñó para no generar ningún daño físico o psicológico, el manejo de la información sensible obtenida mediante el Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido se realizó con estricta reserva profesional, asegurando que los resultados sean utilizados únicamente para fines académicos y de investigación.

Capítulo III: Resultados

3.1. Resultados

Aquí se revelan los datos estadísticos que evidencian la relación existente entre las dos variables analizadas en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Tabla 2

Prueba de correlación entre las variables “Depresión” y “Apoyo Social Percibido”

Correlación de Pearson	Apoyo social percibido	
	Coefficiente de correlación	Sig.
Depresión	-0.478	0.000

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

Según lo indicado en la Tabla 2, el “p-valor” calculado es de 0,000 ($p < 0.01$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, que determina la existencia de una relación significativa entre las variables “Depresión” y “Apoyo social percibido”, siendo una correlación inversa y de grado moderado (R de Pearson -0.478).

Tabla 3

Niveles de la variable “Depresión” y sus indicadores

Variable e indicadores	Ausencia		Leve		Moderado		Grave	
	f	%	f	%	F	%	F	%
Depresión	42	71,2%	15	25,4%	1	1,7%	1	1,7%
Síntomas cognitivos-afectivos	45	76,3%	11	18,6%	2	3,4%	1	1,7%
Síntomas somáticos-motores	36	61%	21	35,6%	2	3,4%	0	0%

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

La Tabla 3 precisa que el 71,2% de los evaluados evidencia Ausencia de depresión, el 25,4% de ellos presenta Depresión Leve, mientras que el 1,7% refleja Depresión en nivel Moderado al igual que el otro 1,7% que precisa Depresión Grave. En cuanto a los

indicadores, para los síntomas cognitivos-afectivos, el 76,3% de los encuestados evidencia una ausencia de síntomas cognitivos – afectivos, mientras que el 18,6% los presenta en un nivel Leve, y el 3,4% los posee en un nivel moderado, pero solo el 1,7% registra síntomas cognitivos – afectivos en nivel Grave; respecto a los Síntomas somáticos – motores el 61% de los evaluados indica Ausencia de síntomas, mientras que el 35,6% los presenta en un nivel Leve y solo el 3,4% de ellos posee síntomas somáticos – motores en nivel Moderado.

Tabla 4

Niveles de la variable “Apoyo social percibo” y sus indicadores

Variable e indicadores	Falta de apoyo		Presencia de apoyo	
	f	%	F	%
Apoyo social percibido	19	32,2%	40	67,8%
Apoyo emocional - informacional	24	40,7%	35	59,3%
Apoyo tangible – instrumental	13	22%	46	78%
Interacción positiva	28	47,5%	31	52,5%
Apoyo afectivo	22	37,3%	37	62,7%

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

La Tabla 4, indica que el 67, 8% de los encuestados percibe la Presencia Apoyo social, mientras que el 32, 2% indica percibir Falta Apoyo. En cuanto a los indicadores, para el Apoyo emocional – informacional el 59,3% de los encuestados refieren percibir Presencia de este tipo de apoyo y el 40, 7% restante indica percibir Falta de apoyo emocional – informacional; respecto al Apoyo tangible-instrumental el 78% de los pacientes refiere Presencia de este tipo de apoyo mientras que el otro 22% precisa Falta de apoyo tangible – instrumental. En relación a la Interacción positiva el 52, 5% de los encuestados refieren Presencia de Interacción positiva, mientras que el 47, 5% restante precisa Falta de Interacción positiva; mientras que para Apoyo afectivo, se observa que el 62,7% de los evaluados precisa

Presencia de este tipo de apoyo, y solo el 37, 3% de ellos evidencia una Falta de Apoyo Afectivo.

Tabla 5

Prueba de correlación entre la variable "Depresión" y los indicadores de la variable "Apoyo social percibido"

		Apoyo emocional-informacional	Apoyo tangible-instrumental	Interacción positiva	Apoyo afectivo
Depresión	Correlación de Pearson	-,507	-,191	-,348	-,430
	Sig.	,000	,147	,007	,001

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

Según lo indicado en la tabla 5, se precisa que el indicador de “Apoyo emocional – informacional” se relaciona significativamente con la Depresión ($p=0.000$), siendo esta una correlación inversa y de grado moderado (R de Pearson -0.537). Así mismo, los indicadores de “Interacción Positiva” y “Apoyo efectivo” se relacionan de manera significativa con la depresión ($p=0.007$ / $p=0.001$), siendo ambas de correlación inversa y de grado bajo y moderado respectivamente (R de Pearson -0.348 y -0.430). Sin embargo, en cuanto al indicador “Apoyo tangible – instrumental” se precisa que no existe relación alguna ($p=0.147$) con la variable de Depresión. Eso quiere decir que a medida que aumenta el apoyo emocional, la interacción positiva y el apoyo efectivo, disminuyen los niveles de depresión, sin embargo, el apoyo tangible no revela un impacto real en la depresión.

Tabla 6

Prueba de correlación entre la variable "Apoyo Social Percibido" y los indicadores de la variable "Depresión"

		Síntomas cognitivos	Síntomas somáticos
Apoyo social percibido	Correlación de	-,518	-,302
	Pearson		
	Sig.	,000	,020

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

Según lo indicado en la Tabla 6, el indicador “Síntomas Cognitivos – afectivos” se relaciona significativamente con el Apoyo Social percibido ($p=0.000$), siendo una correlación inversa de grado moderado (R de Pearson -0.518). Del mismo modo, el indicador “Síntomas somáticos - motores” se relaciona significativamente con el Apoyo Social percibido, pero con una correlación inversa y de grado bajo (R de Pearson -0.302). Esto revela entonces que el percibir apoyo de las personas que te rodean ayuda a menguar la sintomatología somática y mental.

Tabla 7

Relación entre "Depresión" y "Apoyo social percibido" según la edad, sexo y estadio de cáncer

			Prueba exacta de Fisher	Sig.
Depresión	Grupo etario	Joven (18 a 29 años)	3.364	0.915
		Adulto (30 a 59 años)		
		Adulto mayor (60 a más)		
	Sexo	Mujer	0.994	1.000
		Hombre		
	Estadio de cáncer	Estadio I	12,383	0.106
		Estadio II		
		Estadio III		
		Estadio IV		

Apoyo social percibido	Grupo etario	Joven (18 a 29 años)	2.712	0.239
		Adulto (30 a 59 años)		
		Adulto mayor (60 a más)		
	Sexo	Mujer	-	0.497
		Hombre		
	Estadio de cáncer	Estadio I	1.277	0.781
		Estadio II		
		Estadio III		
		Estadio IV		

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos. Para la variable apoyo social percibido según el sexo, no se reporta un valor de estadístico debido a que se trata de una tabla de contingencia 2x2

Para el presente análisis se empleó la Prueba exacta de Fisher, debido a que más del 20% de las frecuencias esperadas en la tabla de contingencia fueron inferiores a 5, incumpliendo así los supuestos para el uso de Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados de la Tabla 7 indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la depresión ($p=0.915$), y tampoco la hay entre la edad y el apoyo social percibido ($p=0.239$), debido a ser valores superiores al nivel de significancia establecido ($p=0.05$). Esto demuestra que los niveles de ambas variables se mantienen constantes independientemente de si el paciente es joven, adulto o adulto mayor

Así mismo, no existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la depresión ($p=1.000$), de igual modo, no existe relación entre el sexo y el apoyo social percibido (0.497). Indicando así que, en la muestra estudiada, la presencia de depresión y la percepción de apoyo social son independientes del sexo de los evaluados.

Finalmente, se determinó que no existe asociación estadísticamente significativa entre el estadio de cáncer y la depresión ($p=0.106$) y tampoco entre el estadio de cáncer y el apoyo social percibido ($p=0.781$). Estos hallazgos sugieren que, en la muestra evaluada, el avance clínico de la enfermedad no es condición determinante en los niveles de depresión ni la percepción del apoyo social.

Capítulo IV: Discusión de los Resultados

La presente investigación busca determinar la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos, es por ello que en este apartado se discutirán los resultados obtenidos en contraste con los antecedentes y teorías precisadas.

El objetivo general de esta investigación buscó determinar la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, revelando que existe una correlación significativa inversa, de grado moderado, resultados que coinciden con lo precisado por Tello (2022), quién con una población idéntica de pacientes oncológicos, obtuvo como resultado que mientras mayor sea el acceso al Apoyo familiar menor era el nivel de depresión en sus evaluados (Rho Spearman = -0,348 y $p=0,000$). De igual modo, Alvarado (2021), en su estudio con pacientes de diabetes tipo II, precisó una relación inversa y de nivel moderado ($r= -0.407$; $p < 0.001$) entre las variables de Apoyo familiar y Sintomatología Depresiva. Así mismo Calero (2025) y Pasache (2022) encontraron una relación inversa y de significancia moderada entre las variables de Depresión y Apoyo social en población de gestantes ($\rho = -,548$ y $p=0,000$) y adultos mayores ($r=-0,699$ y $p=0,000$) respectivamente.

Esto mismo sucede con Domeyko - Prieto et al. (2022) en su investigación longitudinal con gestantes y puérperas; y Jimenez et al. (2022) en población con adultos mayores con asistencia gerontológica dónde precisaron la relación inversa y significativa entre el apoyo social y los síntomas de depresión ($r = -0,336$; $p < 0,01$).

De este modo, podemos entender entonces que la presencia de una red de apoyo cercana resulta un pilar fundamental para mitigar la sintomatología depresiva no solo en pacientes oncológicos o con enfermedades crónicas sino también en otras poblaciones con alta demanda de cuidado emocional. Esto, respaldado por lo expuesto en el Modelo Biopsicosocial que precisa como factores influyentes en la depresión a las enfermedades crónicas y a los

distintos aspectos estresantes de la vida que surgen entorno a las etapas y ámbitos de desarrollo (Arrieta y Guzmán, 2021), razón por la que las personas que poseen mayor cantidad y calidad de contactos sociales tienen un efecto positivo o directo en su salud física y mental, menguando a su vez los malestares que le produzcan dichos eventos estresantes, tal como lo explica la “Teoría de los efectos directos sobre la Salud del Apoyo social” (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

En lo que respecta al primer objetivo específico de identificar el nivel de depresión y sus indicadores en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, predomina la ausencia de cuadros depresivos en la muestra, registrándose un porcentaje mínimo de pacientes con un nivel grave de dicho trastorno. Esta misma tendencia se manifestó en los indicadores evaluados, donde prevaleció la ausencia de síntomas tanto cognitivo-afectivos como somático-motores. Resultados que guardan relación con Carranza y Lázaro (2024), que con su investigación en adultos mayores con diagnóstico oncológico, se obtuvieron resultados equivalentes al precisar que la mayoría de su población es decir el 48% no padece depresión, el 32% presenta depresión leve y solo el 20% sufre de depresión en un grado más severo.

Sin embargo al contrastar los niveles de depresión con lo reportado por Rodríguez (2023) en su estudio de pacientes con cáncer de mama, se observa una discrepancia, en dónde el nivel de depresión con mayor porcentaje es de “mínima a moderada” (37,62%) y en su minoría se evidencian los casos de “Dentro de límites normales”(12,87%) es decir una ausencia de depresión, de igual modo, Tello (2022) en su estudio con pacientes oncológicos en general, precisó el mayor porcentaje de presencia de depresión en un nivel grave (30,72%) y el menor porcentaje oscila entre los niveles de “No depresión” y “Leve” (22,88% en ambos) , así mismo se precisa que en relación a su dimensión cognitiva el 43,14% precisa un nivel leve y solo el 24,87% en un nivel moderado, mientras que para su dimensión física el mayor

porcentaje de 35,29% de los evaluados reporta nivel moderado, mientras que solo el 18,95% reporta no tener dichos síntomas.

Esta divergencia podría estar influida en primera instancia por el tamaño de la muestra en el estudio, la cual ha permitido una evaluación muy focalizada en 59 pacientes, mientras que los estudios en comparación podrían considerarse evaluaciones masivas en dónde se precisan mayores cantidades de todos los niveles de depresión y sus indicadores, así mismo es importante mencionar la concentración de estadios iniciales de la enfermedad en la presente muestra (61%), lo cual sugeriría que los pacientes se encuentran afrontando su situación de manera más activa, razón por la que no perciben una sintomatología recurrente, y sumado a que puedan contar con apoyo social, la precepción de la amenaza se reduce. Es así como lo sugiere la “Teoría del efecto amortiguador” de Cohen y Wills, al plantear al apoyo social como una variable interviniente en la relación estrés – enfermedad, ya que por un lado ayuda al paciente a replantear su visión respecto a situaciones de crisis, frenando así el desarrollo de procesos psicopatológicos, como la depresión, de igual modo, al saberse poseedor de recursos afectivos ayuda preventivamente a modificar la percepción del riesgo, evitando así una respuesta psicofisiológica negativa que deterioraría su estado de salud (Castro, Campero y Hernández,1997).

En relación al segundo objetivo específico de medir el nivel de apoyo social percibido general y los indicadores en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, los resultados demostraron que existe mayor prevalencia en la percepción de Apoyo social, replicándose la tendencia en cada uno de sus indicadores apoyo emocional – informacional, apoyo tangible – instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo.

Estos resultados, coinciden relativamente con lo encontrado por Ludeña (2020), quien en su investigación de apoyo social en pacientes oncológicos detectó que el 70% de sus evaluados perciben apoyo social en nivel intermedio, siendo que en relación a sus dimensiones el 60% del total indica apoyo de tipo emocional; mientras que el 65% presenta ayuda de tipo material; así como el 55% tiene relaciones sociales de ocio y distracción y finalmente el 50% presenta apoyo afectivo, todas en un nivel intermedio, admitiendo la presencia de las dimensiones del apoyo social percibido. Esta relevancia en la presencia de apoyo social en sus distintas dimensiones, puede observarse parcialmente también en la investigación de Pasache (2022) en pacientes adultos mayores, al precisar que el 57% de su muestra, indica que varias veces ha recibido consejos e información encuadrado en el apoyo de tipo emocional, sin embargo solo el 11% indica que siempre ha recibido ayuda material, mientras que únicamente un 5% precisa contar siempre con disponibilidad de personas en su día a día y solo un 8% indica que varias veces ha sentido apoyo de tipo afectivo.

Como puede observarse la mayoría de pacientes oncológicos refiere presencia de apoyo social ante su situación médica, sin embargo, la diferencia entre la presencia constante o no del apoyo social y sus dimensiones con otras poblaciones puede radicar inicialmente en el hecho de que los adultos mayores por ejemplo, suelen tener más reducidas sus redes sociales de apoyo o se encuentran vivenciando lo ya conocido como “el nido vacío” por lo que la falta de la presencia de los hijos, puede traer consigo la reducción de espacios comunicativos, muestras de afecto o tiempo para interactuar de manera divertida. (Dr. Rachel Glick, 2023) a diferencia de los pacientes oncológicos que pueden encontrarse en distintas etapas del desarrollo humano. Pese a ello para los estudios con población oncológica el “*Modelo del deterioro del soporte social*” de Norris y Kaniasty, (1996) indica otra razón por la que la presencia del apoyo social pueda ser más evidente en algunos estudios y otros no, la discrepancia puede explicarse en que para la presente investigación la mayoría de los

evaluados se encuentran en estadios tempranos de la enfermedad, sumado a que recientemente han recibido el diagnóstico, fase en la que ocurre una *movilización intensa* de recursos por parte de sus redes de apoyo, mientras que por el contrario muestras más amplias y heterogéneas podrían incluir estadios avanzados o pacientes que tienen mayor tiempo de tratamiento, razón por la que ya han iniciado el proceso de *deterioro del apoyo*.

Esta teoría, explica que ante situaciones estresantes o enfermedades prolongadas como lo es el caso del cáncer, el apoyo social inicialmente se presenta con un alto grado de movilización que hace que el paciente realmente perciba el apoyo brindado, sin embargo, con el paso del tiempo ocurre un “deterioro del apoyo”, lo que indicaría que las personas que acompañan se agotan en el proceso o el paciente simplemente ya no lo percibe y decide retirarse socialmente (Díaz, 2014)

Respecto al tercer objetivo de especificar la relación entre la depresión y los indicadores del apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, los resultados demostraron que los indicadores de apoyo emocional-informacional y apoyo afectivo se vinculan de forma significativa e inversa en un grado moderado con la depresión. De igual modo, la interacción positiva evidenció una relación inversa pero de intensidad baja, sin embargo, el apoyo tangible-instrumental no mostró tener una asociación estadísticamente significativa.

Dichos resultados coinciden con lo precisado por Angulo (2025) en su investigación con población oncológica, precisando asociaciones inversas entre el apoyo emocional y depresión ($r = -0.31$) e interacción positiva y depresión ($r = -0.34$), mientras que con el apoyo tangible sí mostró una relación, pero de grado débil ($r = -0.15$). Así mismo, Alvarado (2021) en pacientes con diabetes encontró que la sintomatología depresiva se asocia inversamente con el apoyo emocional – informacional y con la interacción social, mas no existe relación con el apoyo instrumental. Sin embargo, en pacientes gestantes según la investigación de Calero

(2025) y en adultos mayores de Pasache (2022) si se precisa contrariamente que hay una relación significativa entre el apoyo instrumental y la depresión ($\rho=-0.419$ y $p=0.00$ / $r=-0.220$ y $p=0.19$ respectivamente).

Esta variabilidad respecto al apoyo tangible – instrumental, puede ser explicada según Ángulo (2025) por la “*Teoría de la conservación de recursos*” que plantea que ante la percepción de pérdida de autonomía, el recibir ayuda tangible (recursos) en exceso, aumenta la percepción de “depender de alguien” o “carecer de autosuficiencia”, por lo que en el caso de pacientes con cáncer o diabetes, sabiéndose estas enfermedades crónicas, aumenta la necesidad de apoyo en estadios avanzados, lo cual le recuerda al paciente que su enfermedad ha empeorado, generando una angustia aún mayor; situación que no sucede con las gestantes o adultos mayores de otras investigaciones, puesto que, son etapas concisas determinadas por un periodo exacto de tiempo o de necesidad específica como lo son los adultos mayores perteneciente a un albergue, generando por el contrario un alivio del estrés y de la carga emocional que enfrentan por dicha vivencia, produciendo un bienestar emocional más positivo (Calero, 2025).

Así mismo, las correlaciones significativas e inversas con el apoyo emocional – informacional, afectivo y con la interacción positiva se debe a que estos tipos de apoyo implican la expresión de sentimientos, provisión de información, muestras de empatía y afecto, así como la compañía en ciertas actividades que de manera aislada o en conjunto hacen que el paciente vivencie el sentido de pertenencia, de seguridad y de normalidad en la conexión con otras personas (Ángulo, 2025).

Para el cuarto objetivo de estimar la relación entre el apoyo social percibido y los indicadores de la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, se obtuvo que el indicador de síntomas cognitivo-afectivos se relaciona de

manera inversa, significativa y con una intensidad moderada con el apoyo social percibido, tal como sucede con el indicador de síntomas somático-motores, pero en un grado bajo. Esto revela entonces que el percibir apoyo de las personas que te rodean ayuda a menguar principalmente la sintomatología cognitiva, sin embargo, ayuda también en aliviar la sintomatología somática.

Dichos resultados, coinciden con lo precisado por Tello (2022) al haber encontrado que existe una relación inversa significativa entre el Apoyo familiar y la dimensión cognitiva de la depresión ($Rho = -.302$ y $p = 0.000$), que implica principalmente el pesimismo de sí mismo y de su futuro, así mismo, hay una relación inversa significativa entre el apoyo familiar y la dimensión física de la depresión ($Rho = -0.263$ y $p = 0.001$), que refiere a una serie de síntomas somáticos. Sin embargo, es importante resaltar la ligera prevalencia de la dimensión cognitiva en relación a la dimensión física, lo cual indicaría que realmente el apoyo social recibido o percibido facilita la reestructuración cognitiva de eventos estresantes, actuando, así como un factor preventivo frente a posibles complicaciones de salud mental, es así como lo plantea la *Teoría del efecto amortiguador del apoyo social*, que indica que el apoyo social funciona como una barrera protectora de los eventos que pueden afectar directamente la salud mental o bienestar de la persona (Castro, Campero y Hernández, 1997). Acción que no sucede exactamente con el aspecto somático, debido a que, al ser pacientes oncológicos, los síntomas físicos como dolores, fatigas, náuseas, dependen más de la misma enfermedad y son propios del tratamiento en la mayoría de los casos, por lo que el apoyo social suma y consuela, pero no necesariamente quita el dolor o malestar físico.

Para el quinto y último objetivo específico de establecer la relación entre la depresión y el apoyo social percibido según edad, sexo y estadios en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, los resultados demostraron que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y la depresión, como tampoco entre

la edad y el apoyo social percibido, evidenciando que ambas variables se mantienen constantes independientemente de si el paciente es joven, adulto o adulto mayor. Asimismo, se precisó que el sexo no se asocia significativamente con la depresión ni con el soporte social percibido, indicando que la manifestación de estas condiciones es independiente del género de los evaluados. De igual modo, se detectó la ausencia de una asociación estadística entre el estadio de cáncer y la depresión, así como con el apoyo social, sugiriendo que el avance de la enfermedad no se condiciona la presencia de mayores o menores niveles en estas variables.

Algunos de estos resultados difieren con otras investigaciones, tal es el caso de Alvarado (2021) quién encontró que la variable sociodemográfica de edad y la sintomatología depresiva se relacionan directa y significativamente en pacientes diabéticos, lo cual podríamos interpretar que en dicha población a mayor sea la edad, mayor será la presencia de sintomatología depresiva. Esta diferencia de resultados, bajo la visión del *Modelo biopsicosocial*, que determina como una de las causa de la depresión a los desequilibrios en el estado de la salud somática (Arrieta y Guzmán, 2021), podría explicarse en primera instancia, en el hecho de que el cáncer actúa como un factor biológico que suele ser percibido como una amenaza vital inmediata, a diferencia de la diabetes que pese a tratarse también de una enfermedad crónica, esta, suele ser vista como “controlable” o gradual, razón por la que en los pacientes con cáncer, la condición podría afectar de igual modo a un joven, como a un adulto, sin embargo en pacientes con diabetes el impacto biológico podría ser menor, permitiendo que otros factores, como la edad o el apoyo social, tengan influencia en la aparición de la depresión. Sin embargo, es relevante admitir que el tamaño muestra empleado en el presente estudio es mucho menor a la del estudio en comparación, por lo que podría carecer de potencia estadística para detectar tal asociación, razón por la que este y otros

factores u otras implicancias psicológicas o sociales podrían generar ciertas discrepancias en la asociación (Roy & Lloyd, citados en Alvarado, 2021).

Así mismo, Ibarra (2022) identificó que sí existe una relación significativa entre el estadio y el apoyo social ($p=0.045$), en su estudio, los pacientes de cáncer con estadio 3 refieren percibir mayor apoyo social que los que se encuentran en estadio 2, esto visto desde las *Fases tras el diagnóstico* podría entenderse que la variabilidad es debido a que al estar en un mayor estadio, la mayoría de pacientes se encuentra en la *fase de aceptación*, y ya acepto su diagnóstico, por lo que están dispuestos a recibir ayuda (Durantes, 2016), permitiendo así que con mayor lucidez emocional, se perciba el apoyo emocional que se le proporciona.

Sin embargo, en nuestra muestra no se detectó una asociación significativa entre el estadio clínico y el apoyo social, respondiendo así a que puede deberse al hecho de que la mayoría de nuestros evaluados se encuentran en estadios iniciales con un diagnóstico reciente, lo cual, de acuerdo a la presencia del apoyo en situaciones de crisis, en esta etapa se activa una movilización intensa e inmediata de recursos familiares y sociales para proteger al paciente.

Por lo tanto, mientras que en estadios avanzados el apoyo se percibe *por adaptación*, en estadios iniciales se percibe *por la activación* dada en las redes de soporte, lo que permite mantener niveles elevados de apoyo social percibido y reducidos niveles de depresión de forma independiente al estadio de la enfermedad. Pese a ello, no se descarta una posible limitación debido al tamaño de la muestra (59 pacientes) u otros factores que en la presente investigación no se han considerado.

Conclusiones

Se determinó que la relación entre la depresión y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025 es significativa ($p:0,000$), inversa y de grado moderado (R de Pearson -0.478).

Se identificó el nivel de depresión y sus indicadores en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, evidenciando que el 71,2% posee ausencia de depresión y solo un 1,7% registra depresión grave. Asimismo, en cuanto a sus indicadores, predomina la sintomatología somático-motora, presentándose en un 35,6% en nivel leve, frente a los síntomas cognitivos-afectivos, los cuales registran únicamente un 18,6% en dicho nivel y una ausencia que alcanza el 76,3%.

Se precisó la percepción de Apoyo social en un 67% de los pacientes evaluados, mientras que respecto a sus indicadores el 59,3% refirió presencia de apoyo emocional – informacional, el 78% indicó presencia de apoyo tangible – instrumental, el 52,2% de la muestra, vivencia interacción positiva y finalmente el 62,7% indicó la presencia de apoyo afectivo.

Se especificó la relación entre la depresión y los indicadores del apoyo social percibido en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, se identificó que el Apoyo emocional – informacional y el apoyo afectivo se relacionan significativa e inversamente con la Depresión en un grado moderado ($p=0.000$ y $r= -0.537$ / $p=0.001$ y $r= -0.430$), mientras que con la Interacción positiva se relaciona significativa e inversamente en grado bajo ($p=0.007$ y $r= -0.348$). Sin embargo, no se evidenció relación significativa con el Apoyo tangible – instrumental ($p=0.147$).

Se estimó la relación entre el apoyo social percibido y los indicadores de depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, obteniendo que el indicador “Síntomas Cognitivos – afectivos” se relaciona significativamente con el Apoyo Social percibido ($p=0.000$) de manera moderada (R de

Pearson -0.518), mientras que el indicador “Síntomas somáticos - motores” se relaciona significativamente con el Apoyo Social percibido, pero en un grado bajo (R de Pearson - 0.302).

Se estableció la relación entre la depresión y el apoyo social percibido según edad, sexo y estadios en pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2025, obteniendo mediante la prueba exacta de Fisher que no existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la depresión ($p= 0.915$), y tampoco la hay entre la edad y el apoyo social percibido ($p=0.239$). Así mismo, se precisó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la depresión ($p=1.000$), y tampoco entre el sexo y el apoyo social percibido ($p=0.497$). De igual modo, se detectó que no existe asociación estadísticamente significativa entre el estadio de cáncer y la depresión ($p=0.106$) y tampoco entre el estadio de cáncer y el apoyo social percibido ($p=0.781$).

Recomendaciones

- **Al servicio de oncología del hospital**, gestionar la permanencia de personal psicológico que garantice el acompañamiento inmediato al momento del diagnóstico, facilitando un seguimiento continuo a nivel de la salud mental que favorezca la respuesta preventiva por parte del hospital ante los síntomas cognitivos y afectivos detectados.
- **A los familiares de pacientes oncológicos**, priorizar el acompañamiento afectivo y la escucha activa en relación a la asistencia de tipo material, puesto que el apoyo tangible puede generar sentimientos de insuficiencia o estrés en el paciente, por lo que validar sus emociones y fomentar su autonomía en las actividades diarias, mientras su condición física lo permita, resulta más significativo.
- **A los pacientes evaluados**, fomentar una comunicación abierta con sus redes de apoyo sobre qué tipo de ayuda les resulta más reconfortante y cuál podría estarle generando un estrés, para ajustar el soporte social a sus necesidades reales de bienestar.
- **A futuros investigadores**, realizar investigaciones con poblaciones más extensas que haga posible la clasificación de resultados, por ejemplo, según el tipo de cáncer específico (mama, pulmón, gástrico, etc.), ya que la carga afectiva y física de cada patología puede influir de manera distinta en la percepción de apoyo y los niveles de depresión.

Referencias

- Aedo, R. (2020). *Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos en Hospital I la Esperanza – Essalud*. [Tesis de grado, doctorado en psicología]. Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/46831/Aedo_RD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alvarado, V. (2021). *Depresión y soporte social en la calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital de salud pública*. [Tesis de grado, Maestría en psicología]. Universidad de San Martín de Porres.
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9221/alvarado_rvva.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Cancer Society. *Estadificación del cáncer*. American Cancer Society.
<https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html>
- Angulo, R. (2025). Apoyo social y malestar psicológico en pacientes con cáncer gastrointestinal: Un modelo de ecuaciones estructurales. *Avance en psicología: Revista de la facultad de psicología y humanidades*, 33(2), 1-14.
<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/3515/3614>
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*, 16(1), 233 – 245.
- Arrieta, J. y Guzmán, R. (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, 10(19), 101-102.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/8033/8415>
- ASISPA (2023). *Rasgos y causas de la depresión*. ASISPA. <https://asispa.org/rasgos-y-causas-de-la-depresion/>
- Bastis Consultores. (2021). *Diseño de la Investigación: Estudio Transversal vs Estudio Longitudinal*. Online-Tesis. <https://online-tesis.com/disenio-de-la-investigacion-estudio-transversal-vs-estudio-longitudinal/#:~:text=Los%20estudios%20longitudinales%20difieren%20de,a%20lo%20largo%20del%20tiempo.>
- Bullard, E. (2024). *Purposive sampling*. EBSCO Research Starters.
<https://www.ebsco.com/research-starters/social-sciences-and-humanities/purposive-sampling>
- Calero, A. (2025). *Apoyo social y depresión en gestantes atendidas en un consultorio gineco-obstétrico de Lima norte, 2024*. [Tesis de grado, Licenciatura en enfermería]. Universidad Nacional Federico Villareal.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/10480/Calero%20Yupa>

[nqui%2c%20Andr%2c%20a9s%20Alexander%20%28FAPS%20-%20T%2c%20adtulo%20profesional%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/cczt3tf93gQLMgWr8mYkqnh/?format=pdf&lang=es>
- Carranza, C. y Lázaro, L. (2024). *Apoyo familiar y depresión en adultos mayores con cáncer. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas* [Tesis de grado, Licenciatura en enfermería]. Universidad Nacional de Trujillo. <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1b6e743d-d2df-4678-94ec-8d46d1069653/content>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2024). *Sala situacional de cáncer en el Perú*. Ministerio de Salud [MINSA]. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE24/cancer.pdf>
- Chua, D. y Pauro, J. (2023). *Adaptación del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II) en una muestra clínica del sur peruano* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología]. Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4d5f8d1f-c7f4-4445-b187-8a7888bdf1e5/content>
- Chua, J. y Shorey, Sh. (2022). Effectiveness of mobile application-based perinatal interventions in improving parenting outcomes: A systematic review. *ELSEVIER*, 114(2022), 1-11. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661382200208X?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=9410e4e31d2b3c1b
- City of Hope. (2022). *Stages of cancer*. City of Hope. <https://www.cancercenter.com/stages-of-cancer>
- Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Triada cognitiva de Beck*. Clínica Universidad Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/triada-cognitiva-beck>
- Collasco, H. y León, L. (2019). *Adaptación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima 2018* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología]. Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/36115/Leon_LL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica Honduras*, 89(1), 51-68. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Díaz, A., Santoyo, A. y Arias, C. (2023). *Depresión y ansiedad en los estudiantes de enfermería de la Universidad Señor de Sipán, 2022* [Tesis de grado, Licenciatura en enfermería]. Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/11789/Diaz%20Flores%20C%20Anghela%20-%20Santoyo%20Gil%20C%20Asly%20Jakeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Díaz, M. (2014). *Relación entre personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social con Burnout, Calidad de vida profesional y Salud, en Bomberos de Gran Canaria*. [Tesis doctoral de Psicología de la Salud]. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/12978/4/0705687_00000_0000.pdf
- Domeyko-Prieto, M. M., Aracena, M., Vergés, Á., y Gómez-Pérez, L. (2022). Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión posparto. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(5), 325-332.
<https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v87n5/0048-766X-rechog-87-5-325.pdf>
- Dr Rachel Glick (2023). *Nido vacío: ventajas, desventajas y consejos para una mentalidad de capítulo nuevo*. Dr Rachel Glick <https://www.drrachelglick.com/blog-posts/2023/9/4/empty-nesting-the-upsides-downsides-and-tips-for-a-fresh-start-mindset>
- Dura, E. y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Durantes, B. (2016). *Apoyo Social, Depresión y Cáncer*. [Trabajo de grado en Enfermería]. Universidad de Cantabria.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8931/Durantes%20Gomez%20B..pdf>
- Gómez, C. (2021). *Triada cognitiva de Beck: el modelo teórico más famoso sobre la depresión*. Inisem. <https://www.inesem.es/revistadigital/educacion-sociedad/triada-cognitiva-de-beck/#:~:text=En%20la%20Tr%C3%ADada%20Cognitiva%20de,en%20el%20que%20no%20encajan.>
- Gómez, L., Pérez, M. y Villa, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-38.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/01.Bobassi_9-1oa.pdf
- González, S. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(2), 2-15.
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/879/822>
- Guerrero, V. (2022). Enfoque cuantitativo: taxonomía desde el nivel de profundidad de la búsqueda del conocimiento. *Llalliq*, 2(1), 13-27.
<https://revistas.unasam.edu.pe/index.php/llalliq/article/view/936/997>
- Herrera, B., Galindo, O., Bobadilla, R., Penedo, F. y Lerma, A. (2021). Propiedades psicométricas del Cuestionario MOS de Apoyo Social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psicología y Salud*, 31(2), 225-235.
- Ibarra, N. (2022). *El apoyo social percibido como variable predictora de las estrategias de afrontamiento frente al estrés en pacientes oncológicos de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, maestría en Psicología Clínica y de la Salud]. Universidad Ricardo Palma.

<https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dc0d2015-544a-41de-9b55-7b8148dbefc2/content>

Jiménez, E., Mendoza, Y., Moctezuma, S., Vélez, G., y Cano, A. (2022). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos*, 33(4), 230-233.

<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v33n4/1134-928X-geroko-33-04-230.pdf>

Lau, M. (2022). *Apoyo social percibido y resiliencia en el contexto de pandemia en estudiantes universitarios de Lima metropolitana* [Tesis de grado, Licenciatura en Psicología con mención en Psicología Clínica]. Universidad Nacional Federico Villareal.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6100/TESIS%20LAU%20CRUCES%20MELISA%20STEFANIE.pdf;jsessionid=8A9945131129519960FD0CADA73757F8?sequence=1>

Ludeña, K. (2020). *Apoyo social en pacientes oncológicos de cáncer de mama residentes - Urbanización San Germán en Lima, 2020* [Tesis de grado, Licenciatura en Enfermería]. Universidad César Vallejo.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29051/Lude%c3%blafKN-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Medlineplus. (2024). *Qué es la estadificación del cáncer*. Medlineplus.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000850.htm>

Ministerio de Salud. (2020). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

Ministerio de Salud. (2021). Eficacia y seguridad de Escitalopram en pacientes con cáncer y depresión moderada a severa. *Instituto Nacional de Salud*, 17(2021). 2-34.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3094320/RR_17_Escitalopram.pdf

Ministerio de Salud [MINSA]. (2024). *La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país*. Plataforma del estado Peruano.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2024). *Factores asociados a la depresión y ansiedad en personas adultas con cáncer en tratamiento*. Instituto Nacional de Salud.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7509815/6387247-revision-rapida-sdiss-n-03-2024_factores-asociados-a-la-depresion-y-ansiedad-en-personas-adultas-con-cancer-en-tratamiento.pdf?v=1737381853

Mónaco, E., De la Barrera, U. y Montoya, I. (2021). La influencia del apego sobre el bienestar en la juventud: el rol mediador de la regulación emocional. *Anales de Psicología*, 37(1), 21-27.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282021000100003&script=sci_arttext&tlng=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20teor%C3%ADa%20del%20apego,Oliva%2DDelgado%2C%202004

- Muñoz, H., Archila, D., Meza, K. y González D. (2023). Indicadores de depresión y factores de Apoyo social percibido en universitarios. *Revista Psicología UNEMI*, 7(12), 100-109. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1648/1568>
- Narvaez, M. (2023). *¿Qué es un censo? ¿Cómo utilizarlo en tus investigaciones?* QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-un-censo/>
- National Institute of Mental Health [NHI]. (2021). *Las enfermedades crónicas y la salud mental, cómo reconocer y tratar la depresión*. National Institute of Mental Health [NHI]. <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-01/enfermedades-cronicas-salud-mental-como-reconocer-tratar-depresion.pdf>
- Norris, F., y Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498–511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.498>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud [OMS]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwq_G1BhCSARIsACc7NxpGafKFPviwMA5f3BsUzEWiJ6up4xx9U558ycUWPRN4vTm0BJqJkSEaA18IEALw_wcB
- Otero, L. (2023). *Estudio descriptivo sobre los pacientes oncológicos atendidos en el SUH de un hospital de tercer nivel durante los años circundantes a la pandemia por Covid-19* [Tesis de grado, Licenciatura en Medicina]. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/60660/TFG-M2983.pdf?sequence=1>
- Pasache, K. (2022). *Apoyo social y depresión en adultos mayores, CARPAM “San Juan de Dios”, Ica – 2022*. [Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social]. Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10916/Pasache%20Quispe%20Karim%20Pamela.pdf?sequence=11&isAllowed=y>
- Paredes, M. y Vega, S. (2021). *Apoyo social percibido y resiliencia en personas diagnosticadas con covid-19 en la ciudad de Tarapoto – San Martín* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología]. Universidad San Ignacio de Loyola. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fe5ce9b5-f2f9-40db-89b6-e3b008d48ddc/content#:~:text=Las%20principales%20diferencias%20entre%20el,%20los%20destinatarios%20sobre%20la>
- Plataforma de organizaciones de pacientes. (2021). *En torno al 70% de las personas con enfermedad crónica experimentan síntomas depresivos como cansancio, tristeza o apatía*. Plataforma de organizaciones de pacientes. <https://plataformadepacientes.org/en-torno-al-70-de-las-personas-con-enfermedad-cronica-experimentan-sintomas-depresivos-como-cansancio-tristeza-o-apatia/>
- Ramírez, N. (2023). Importancia de los Grupos de Apoyo de salud en pacientes Oncológicos. *Ciencia Latina Internacional*, 7(5), 5088-5101. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8117/12265>

- RethinkDepression. (2021). *¿Tengo más riesgo de depresión si padezco una enfermedad crónica?*. RethinkDepression. <https://rethinkdepression.es/enfermedades-cronicas-y-depresion/>
- Rodríguez, M. (2023). *Depresión en pacientes con cáncer de mama en un hospital de la región Lambayeque, 2018-2020* [Tesis de grado, para el título de médico cirujano]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/5868/1/TL_RodriguezBasalduaMariarosa.pdf
- Rosa, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñones, A. y Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79933768003.pdf>
- Sánchez, A., Farfán, E., Fuente, V. y Chávez, D. (2022). Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de psicología*, 25(2), 158-170. <https://www.redalyc.org/journal/798/79872419011/79872419011.pdf>
- Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). La encuesta de apoyo social MOS. *Ciencias sociales y medicina*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Tello, J. (2022). *APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN CALLAO 2021* [Tesis de grado, Licenciatura en psicología]. Universidad Autónoma de Ica. <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/1776/1/Jessica%20Esther%20Tello%20Torres.pdf>
- Velasco, C. (2022). Desesperanza aprendida en adultos. *Ciencia Latina*, 6(6), 561-575. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3555>
- Xu, T., y Zhang, Y. (2025). Diferentes apoyos, diferentes efectos: el apoyo social modera el impacto del estrés parental en la salud mental. *Revista Europea de Investigación en Salud, Psicología y Educación*, 15(12), 248. <https://www.mdpi.com/2254-9625/15/12/248>
- Zhou, H. y Kulick, E. (2023). Social Support and Depression among Stroke Patients: A Topical Review. *Public Health*, 20(24), 7157. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/24/7157>

Anexo 1 - Instrumentos de evaluación.

1.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) – Autor: Aaron T. Beck

Edad: ☐ 18 a 29 años ☐ 30 a 59 años ☐ 60 años a más

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención 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, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho 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 este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser 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 conmigo 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 de lo que solía estarlo
- 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 tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

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

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado 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 mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 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.
- 1^a. 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
- 3^a. 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 tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente 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 lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

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 de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

1.2.Cuestionario MOS de Apoyo Social – Autor: C. Donald Sherbourne y Anita L.

Stewart

A. Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómodo contigo y puedes hablar acerca de lo que tu sientes y piensas).

Amigos cercanos: _____ Familiares cercanos: _____

B. Marca con una “X” en el cuadrito que mejor se acerque a su respuesta:

(N) Nunca, (CN) Casi Nunca, (A) A veces, (CS) Casi Siempre

		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
2.	Alguien que le ayude cuando tenga que reposar en cama debido a su condición.					
3.	Alguien con quien pueda contar cuando necesites hablar.					
4.	Alguien que le aconseje cuando tengas problemas.					
5.	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6.	Alguien que me muestre amor y afecto.					
7.	Alguien con quien pasar un buen rato.					
8.	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación.					
9.	Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y de sus preocupaciones.					
10.	Alguien que le abrace.					
11.	Alguien con quien pueda relajarse.					
12.	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13.	Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14.	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas.					
15.	Alguien quien le ayude con las tareas domésticas					
16.	Alguien con quien pueda compartir sus temores y problemas personales					
17.	Alguien que le aconseje acerca de cómo resolver sus problemas personales					
18.	Alguien con quien divertirse					
19.	Alguien que comprenda sus problemas					
20.	Alguien a quien amar y sentirse querido					

Anexo 2 – Confiabilidad de instrumentos adaptados

2.1. Depresión:

Tabla 8

Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck II

Alfa de Cronbach	Nº de elementos	Nº de sujetos
0,921	21	20

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

2.2. Apoyo Social Percibido:

Tabla 9

Confiabilidad del Cuestionario MOSS de Apoyo Social Percibido

Alfa de Cronbach	Nº de elementos	Nº de sujetos
0,973	19	20

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos.

Anexo 3 – Autorización de Ejecución de Proyecto de Investigación



Nº 109/25

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital "Las Mercedes" Chiclayo, Autoriza a:

**QUESQUEN TEJADA
BETSABE ESTEPHANY**

Para que realice la Ejecución del Proyecto de Investigación
Titulado: *"Depresión y Apoyo Social Percibido en Pacientes
Oncológicos del Hospital Regional Docente Las Mercedes –
Chiclayo 2025"*; debiendo al término remitir las conclusiones
respectivas.

Chiclayo, Octubre 2025

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO

Dr. Plinio Junior Moro Solano
C.M.P. 64261 - R.N.E. 38154
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO

Lic. Magaly Medina Rojas
REP Nº 38515
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN