

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO
BENEDICTO XVI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA



**DEPRESIÓN Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE
TRUJILLO, 2020.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTORA

Ruiz Quispe, Silvia

ORCID: 0000-0001-9949-9769

ASESORA

Mg. Chang Leon, Silvia Katherine

ORCID: 0000-0002-5232-0546

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud psicológica y relaciones familiares.

TRUJILLO-PERÚ

2022

AUTORIDADES

Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, OFM

Gran Canciller y Fundador

Dr. P. Juan José Lydon Mugó

Rector

Dra. Silvia Ana Valverde Zavaleta

Vicerrectora Académica

Dra. Carmen Consuelo Díaz Vásquez

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Carlos Alfredo Cerna Muñoz, Ph.D.

Director del Instituto de Investigación

R.P. Mg. Hipólito Purizaca Serna

que Sub Gerente General

Ing. Marco Dávila Cabrejos

Gerente de Administración y Finanzas

Mg. José Andrés Cruzado Albarrán

Secretario General

CONFORMIDAD DEL ASESOR

Yo.....con DNI N°.....en mi calidad de asesora del trabajo de titulación de título “DEPRESIÓN Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE TRUJILLO, 2020”, desarrollado por la estudiante Ruiz Quispe, Silvia con DNI N° 44829091, de la carrera profesional de Psicología, considero que dicho trabajo de titulación reúne los requisitos tanto técnicos como científicos y corresponde a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, y en lo normativo para la presentación de trabajos de titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por lo tanto, autorizo la presentación de las misma ante el organismo pertinente, para que sea sometido a evaluación por la comisión de clasificación designado por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

DEDICATORIA

A Dios

Por derramar sus bendiciones a lo largo de la carrera. Además, de ser ese apoyo espiritual ante situaciones fortuitas que suelen presentarse dentro de la preparación de un estudiante para lograr llegar a ser un profesional.

A mis padres

Por su apoyo incondicional durante la carrera. Por ser ese aliciente que en su momento fue necesario. Asimismo, por haber compartido junto a mí, mis logros, alegrías, decepciones y aprendizajes. Por ser las personas más importantes en mi vida.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ruíz Quispe, Silvia con DNI, 44829091 de la carrera Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, doy fe que he seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la elaboración y sustentación del informe de tesis titulado: “DEPRESIÓN Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE TRUJILLO, 2020”, el cual consta de un total de 38 páginas, en las que se incluye 3 tablas, más un total de 13 páginas en anexos. Dejamos constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaramos bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento, corresponde a nuestra autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, garantizamos que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de nuestra entera responsabilidad. Se declara también que el porcentaje de similitud o coincidencia es de.....%, el cual es aceptado por la Universidad Católica de Trujillo.

El autor

DNI: 44829091

ÍNDICE GENERAL

PORTADA

PÁGINAS PRELIMINARES

AUTORIDADES.....	ii
CONFORMIDAD DEL ASESOR	iii
DEDICATORIA.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	10
2.1. Objeto de estudio.....	10
2.2. Técnicas e instrumentos de recojo de datos.....	122
2.3. Análisis de la información.....	122
2.4. Aspectos éticos de la investigación.....	122
III. RESULTADOS	144
3.1. Discusión de resultados	177
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
4.1. Conclusiones.....	19
4.2. Recomendaciones	200
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	211
ANEXOS	255
Anexo 1: Instrumentos de recolección de la información	255
Anexo 2: Consentimiento informado	355
Anexo 3: Matriz de categorías y subcategoría.....	366
Anexo 4: Pruebas del chi-cuadrado	377
Anexo 5: Prueba de normalidad	388

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020. La investigación fue de tipo cuantitativo, de nivel correlacional y de diseño no experimental. Además, fue de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 130 pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo de ambos sexos que cumplan los criterios de elegibilidad, dentro de una población de 500 pacientes. La técnica que se utilizó para la evaluación fue la encuesta; mientras que los instrumentos elegidos para la recolección de datos fueron el Inventario de Depresión de Beck y Escala de Comunicación Familiar (FACES). En cuanto, para la creación de la base de datos se empleó el programa informático Microsoft Excel 2013 y para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 22. Los resultados obtenidos, indican que el 51% de la población denota depresión grave. Mientras que, el 83.8% presenta un nivel de comunicación media. Concluyendo que, existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo-2020.

Palabras clave: Comunicación familiar, depresión, pacientes oncológicos.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between depression and family communication in cancer patients in a hospital in the city of Trujillo, 2020. The research was quantitative, correlational and non-experimental in design. Also, it was cross-sectional. The sample consisted of 130 cancer patients from a hospital in the city of Trujillo of both sexes who meet the eligibility criteria, within a population of 500 patients. The technique used for the evaluation was the survey; while the instruments chosen for data collection were the Beck Depression Inventory and Family Communication Scale (FACES). As for the creation of the database, the Microsoft Excel 2013 computer program was used and the SPSS 22 program was used for data analysis. The results obtained indicate that 51% of the population denotes severe depression. While, 83.8% have a medium level of communication. Concluding that there is a significant relationship between depression and family communication in cancer patients at a hospital in Trujillo-2020.

Keywords: Family communication, depression, oncology Patients

I. INTRODUCCIÓN

La organización Mundial de la Salud (2017) refiere que, la depresión es una enfermedad mental común, que se encuentra presente a nivel mundial, que no distingue nacionalidad, estrato social, cultura, religión, edad, etc. Y se calcula que, alrededor de 340 millones de individuos la padecen y que para el año 2020, la depresión se convertirá en la causa principal de la discapacidad mental en el mundo. La depresión es una condición de salud que requiere de la asistencia de profesionales capacitados, debido a la presencia de síntomas afectivos y cognitivos los cuales influyen de manera significativa en el curso de la enfermedad o tratamiento.

Es por ello que, la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones depresivas. Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos hospitalizados suelen evidenciar una afectación considerable a nivel físico, psicológico y social, debido a que, presentan algún trastorno psiquiátrico en el transcurso de la enfermedad. Cabe resaltar que, la depresión no se trata porque, no son diagnosticados en su momento y suelen considerarse como reacciones “normales” a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no solo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos (Guerrero et al., 2016).

De acuerdo al National Cancer Institute (NCI) se estima que, en España la depresión afecta entre un 15% al 25% de las personas con cáncer en un elevado porcentaje se observa síntomas depresivos en las primeras semanas de su diagnóstico y alrededor del 16.49 % desarrollan un trastorno depresivo mayor. Mientras que, en Chile hasta abril del 2018, ya existían 45000 casos de cáncer de diferentes tipos, en donde alrededor del 15% al 25% de pacientes evidenciaron sintomatología depresiva (López, 2017).

Estudios recientes, mencionan que, en la ciudad de Lima el 70% de pacientes con cáncer, presentan depresiones ansiosas y el 30% ansiedad, información brindada por la responsable de psicooncología de salud mental del (IREN), resaltando que, la tristeza, la ira, son consecuencias del Cáncer (Salazar, 2015).

Mientras que, en la región La Libertad un estudio realizado por el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo, señala que, el nivel de depresión de mujeres con cáncer se encuentra en un estadio I, en donde el 56% es grave, el 35% es moderado y un 9% es ausente (Calva y Castro, 2015).

De acuerdo, a dicho instituto, en la ciudad de Trujillo en el 2016, existieron 825 pacientes oncológicos diagnosticados, en donde el 15% presentan depresión y en algunos casos no aceptan su enfermedad (IREN NORTE, 2016).

En definitiva, los familiares de pacientes diagnosticados con cáncer, que suelen presentar sintomatología depresiva, desempeñan un rol importante durante y después del tratamiento con el paciente oncológico. Siendo, la comunicación familiar fundamental dentro del proceso de adaptación del paciente sobre su condición de salud y en una mejor calidad de vida.

Es por ello que, según Fernández, et al. (2018) refieren que, la comunicación familiar cumple una función importante dentro de la familia del paciente oncológico, pues tendrán que aprender a estructurar nuevamente su estilo de vida y sus hábitos dentro del hogar. Además, de aprender a sobrellevar los cambios que traen consigo la enfermedad en el tratamiento y las probables consecuencias como; resistencia a la quimioterapia, pérdida del cabello, náuseas y estados de ánimo cambiante.

En tal sentido, la comunicación familiar que exista dentro del ámbito familiar del paciente oncológico será determinante, puesto que, en el momento de brindar la información a los demás familiares sobre la condición de salud del paciente, es conveniente tener en cuenta; la edad, el parentesco, la existencia de alguna enfermedad de algún familiar, la función que ejerce el paciente dentro del hogar. Pero, sobre todo cómo funcionaba la dinámica familiar antes del diagnóstico del paciente y además los medios con los que dispone la parentela para afrontar la situación (Fernández et al., 2018).

Por consiguiente, los problemas de comunicación familiar que puedan suscitarse dentro del entorno familiar del paciente oncológico durante el proceso de su enfermedad afectan considerablemente de manera consciente e inconsciente sobre su salud física y emocional, viéndose reflejado en su estado anímico, su fuerza de voluntad, expectativas de mejora, actitud frente a la enfermedad, como consecuencia de una inadecuada o alteración en la comunicación a nivel familiar (Navea y Tamayo, 2016).

Debido a la situación problemática descrita anteriormente se plantea como problema de investigación, ¿existe relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020?; para lo cual se formularon los siguientes objetivos a partir de la problemática planteada.

Entonces, respecto al objetivo general se plantea determinar la relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020. Así mismo, en relación a los objetivos específicos se plantea identificar el nivel de depresión en pacientes oncológicos e identificar el nivel de comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.

Por otro lado, para la presente investigación se tomó en cuenta investigaciones de nivel descriptivo de las variables depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos, porque, a nivel internacional, nacional y local, no existen investigaciones correlacionales en relación a las variables de estudio y con tal población.

En tal sentido, Ortiz (2018) realizó una investigación que tuvo como objetivo analizar los niveles de depresión de pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima. La investigación fue de nivel descriptivo y de diseño no experimental. Asimismo, la población estuvo conformada por pacientes oncológicos de ambos sexos con edades que oscilan entre los 40 y 60 años de edad. El instrumento utilizado fue la escala de depresión de Zung. Concluyendo que, el 33% de pacientes oncológicos presenta un nivel de depresión moderado, mientras que, el 25% presenta un nivel moderado a intenso y finalmente, el 17%, un nivel de depresión intenso.

Al respecto, Enriquez (2018) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con cáncer del IREN – La libertad. La investigación fue de nivel descriptivo y de corte transversal. Además, la muestra estuvo conformada por 100 pacientes oncológicos. El instrumento empleado fue el Inventario de depresión de Beck. Concluyendo que; el 52% de pacientes oncológicos, presenta un nivel de depresión grave y el 4% de pacientes oncológicos presenta un nivel de depresión leve.

Dentro de este marco, Fernández et al. (2018) realizó un estudio que tuvo como objetivo analizar la comunicación que se genera a partir del diagnóstico de cáncer de mama entre una madre y sus hijos, marido o pareja. El método que se empleó fue un diseño de investigación con métodos mixtos. Además, la muestra estuvo conformada por doce mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, con edades que oscilan entre los 43 y 55 años. Los instrumentos utilizados son la escala de comunicación familiar (FCS), y una entrevista semiestructurada. Concluyendo que, la comunicación intrafamiliar varía según la edad de los hijos, siendo ésta más baja cuando son menores de 15 años.

Mientras que, Cunill y Carles (2011) realizaron una investigación que tuvo como objetivo presentar las características comunicativas que establecen los usuarios, los profesionales sanitarios y los cuidadores que sufren procesos de pérdida. La metodología del estudio corresponde a una investigación cualitativa y cuantitativa. Además, la muestra estuvo conformada por 63 participantes que han sufrido un proceso de pérdida. Los instrumentos utilizados fueron la escala tipo Likert y cuestionarios semiestructurados. Concluyendo que, los resultados muestran la existencia de una fractura comunicativa por parte del profesional que se traslada en el ámbito familiar aumentando el dolor vivido por el enfermo.

Finalmente, la presente investigación se justifica en base a 4 áreas específicas; a nivel teórico contribuirá con la revisión teórica actualizada sobre depresión y comunicación familiar. Además, logrará incrementar la riqueza de conocimientos para el investigador. Asimismo, será de gran utilidad para posteriores investigadores que buscan ampliar investigaciones con relación a las variables de estudio y para mejorar la relación de paciente y trabajador del área de salud.

A nivel práctico, la presente investigación aportará con resultados válidos y actualizados sobre el estado de la variable de estudio, a las entidades responsables del trabajo en problemáticas psicológicas con pacientes oncológicos, los cuales contribuirán en la planificación, elaboración y realización de programas preventivos, promocionales y terapéuticos en beneficio de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

A nivel metodológico, servirá para brindar datos válidos y confiables que permitan apreciar la depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de una manera distinta, además, para ser utilizados en futuras investigaciones de esta índole.

A nivel social, facilitará con conclusiones y sugerencias al programa oncológico del hospital donde se realizó el trabajo de investigación, con el propósito de contribuir y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Por otro lado, para la elaboración del marco conceptual y teórico se consideró a diversos autores, quienes, a través de sus investigaciones brindaron un aporte significativo en el desarrollo de la presente investigación.

Entonces, de acuerdo a Beck (1996) quien define la depresión como una enfermedad mental en donde el individuo evidencia un cuadro negativo de sí mismo, de la sustantividad del entorno y del venidero, a través de una distorsión de sus pensamientos.

A lo cual denominó triada cognitiva, esto quiere decir que, el individuo se siente así mismo incapaz e inútil, logrando ver considerablemente de forma nociva sus vivencias vitales, lo que le conlleva a continuos revés y desilusiones.

Por su parte, Rolando (2016) describe la depresión como el estado de ánimo nocivo, conformado por dificultades somáticos, cognitivos y conductuales, teniendo mayor presencia en adolescentes; los cuales presentan síntomas de tristeza excesiva, apatía, irritabilidad, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse, entre otros. Asimismo, refiere que, existen diversos casos de depresión con altos índices a consecuencia de una pérdida emocional o laboral, problemas de adaptación a los cambios, motivos familiares, etc.

Mientras que, Zung (citado por Ibáñez, 2015) la describe como un trastorno mental cuya particularidad principal son los sentimientos de inutilidad, de culpa, tristeza, desamparo y desesperanza profunda. En este sentido refiere que, a diferencia de la tristeza que es común, como la del duelo por la pérdida de un familiar o amistad, la depresión viene a ser patológica.

Al respecto, López (2017) refiere que, la existencia de esta enfermedad surge desde que la persona en su carencia de obtener o satisfacer alguna carencia, ha entendido la depresión al momento de no cubrir esa necesidad. Cabe mencionar que, Hipócrates durante la época antigua fue el primero en hacer mención de la depresión y le dio un aporte significativo.

A continuación, la Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del [DSM-V] (APA, 2014) dispone que, para el diagnóstico de la depresión en sus diferentes expresiones se debe mencionar que, el sujeto presente estado de ánimo deprimido, disminución importante del interés o del placer, pérdida o aumento del peso sin hacer dieta, insomnio o hipersomnias, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte. En síntesis, estos síntomas se pueden contener dentro de los siguientes tipos de depresión; grave, persistente, psicótica, distímico y post parto.

Se entiende por depresión grave, como la presencia de síntomas que obstruyen la capacidad de trabajar, de descanso o de dormir, de comer, de estudiar, y disfrutar con autonomía el hecho de estar vivo. Por lo que, es probable que el individuo presente un solo incidente de depresión grave en su vida, pero que por lo general serán varios episodios.

Mientras que, el trastorno depresivo persistente; con una duración de alrededor de 2 años como mínimo. Una persona diagnosticada con este tipo de trastorno, puede varear episodios de depresión grave de la mano de periodos de síntomas menos graves. Como sea el caso, los síntomas estarán por lo menos presentes alrededor de los dos años.

A diferencia de una depresión psicótica; la cual se concibe cuando una persona evidencia depresión grave y algún tipo de psicosis anexa, por ejemplo; creencias irracionales, originándole alucinaciones (escuchar o ver cosas desagradables que las demás personas no pueden ver ni oír), delirios y cuando se evidencia una ruptura con la realidad. Mientras tanto, el trastorno distímico; llamado incluso como distimia, con una duración de sus manifestaciones alrededor de 2 años a más, presenta un alcance en menor intensidad, puesto que, no incapacitará a quien lo sufra, sin embargo, si impedirá el sentirse bien y a su vez desarrollarse con normalidad.

No obstante, la depresión posparto; cuya dificultad va más allá que la aflicción o también llamada “*bubi blues*”, la cual sufren ciertas mujeres luego del alumbramiento, cuando la aparición de los cambios físicos como endocrinos y la nueva obligación de hacerse cargo de un nuevo ser, pueden ser agobiantes, aproximadamente entre el 10% y el 15% de las mujeres la experimentan.

Por otro lado, la depresión se puede abordar desde las siguientes teorías psicológicas. La teoría conductista; caracterizada por ser la teoría del abatimiento aprendido o desamparo, como consecuencia de vivencias o situaciones desagradables en un determinado momento, las cuales no han sido gestionadas y superadas de forma apropiada. Generando en el individuo incapacidad, pérdida de control, a tal punto de convencerse que no puede lograr alcanzar un objetivo trazado e incluso no poder superar una dificultad dentro de su entorno, debido a sentimientos de inseguridad, desconfianza, desesperanza, vislumbrando un presente y futuro de manera incierta y peligrosa (Luz, 2017).

A diferencia de, la teoría cognitivo-conductual de Beck, indica que, la depresión es debida a una alteración del proceso de la información que el sujeto recibe del exterior, generada por experiencias desagradables que terminaron por alterar dicho proceso, llegándose a plasmar en conceptos negativos y erróneos de sí mismo, de la sociedad donde reside y del futuro, expresando un punto de vista distinto, siendo pesimista y teniendo una percepción alterada y equivocada de los sucesos que se presentan en su día a día (Luz, 2017).

Mientras que, el concepto negativo, equivoco sobre sí mismo, del entorno que lo rodea y de su futuro. Ya que, evidencia una manera de pensar distinta al de los demás siendo desesperanzador consigo mismo, sus ideas se encuentran alteradas y no logra realizar una interpretación apropiada de las circunstancias que aparecen en su vida, al contrario, tienden a equivocarse y cambiar sus ideas y pensamientos llegando a la equivocación de origen y resultados con relación a los acontecimientos que se presentan en el día a día (Luz, 2017).

Finalmente, la teoría cognitiva; explica que, la alterada estructura mental del paciente es la que generara los síntomas de depresión debido a que tendrán un enfoque de vulnerabilidad, fracaso, estrés, necesidad de aprobación externa para ser feliz y búsqueda obsesiva por la perfección reflejada en los modelos ficticios a seguir (Luz, 2017).

De igual manera, para conceptualizar sobre comunicación familiar dentro de la presente investigación, se ha tomado en cuenta a algunos autores, tal es así que hablar de comunicación familiar.

Según Olson et al. (2006) indican que, la comunicación familiar como la acción de trasladar comunicación, ideas, pensamientos y sentimientos dentro de todos los miembros de una familia, por medio de la apreciación de satisfacción respecto de la comunicación familiar, escucha, manifestaciones de emociones y sentimientos, debatir ideas y moderar situaciones de colisión.

Al respecto Tustón (2016) indica que, es el hecho de comunicar y/o expresar ideas, pensamientos y sentimientos a través de la percepción entre el núcleo familiar, por medio de un proceso de interacción de personalidades que permita comprender su esencia dentro de cada grupo familiar y así desarrollar la comunicación básica para cada persona.

De acuerdo a Fernández et al. (2018) refieren que, la comunicación familiar es un medio, a través del cual se establece vínculos entre los integrantes de una familia, además, de ser una vía por la cual, las personas pueden llegar a transmitir pensamientos, sentimientos, emociones, opiniones. Siendo importante para el desarrollo integral de cada integrante permitiendo así una convivencia armónica y pacífica dentro del entorno familiar.

En definitiva, la comunicación que se establece con los hijos desde el vientre de la madre y con la integración del padre los hace sentirse en un ambiente seguro, hasta el momento del contacto durante el nacimiento y de toda su vida.

Puesto que, esa relación que fue creciendo los hizo convertirse en una persona con un nivel alto de autoestima, autónomo, seguros de sí mismo, capaces de enfrentar y resolver problemas (UNICEF, 2015).

Del mismo modo, Tustón (2016) afirma que, la comunicación familiar se puede expresar por medio de la comunicación verbal; la cual se lleva a cabo por medio del habla, donde las palabras se intercambian, se centran en lo que manifiesta, emociones, experiencias, pensamientos. Siendo el más utilizado por la cual es factor protector del desarrollo y crecimiento personal, favoreciendo el bienestar y mejorando las habilidades de la comunicación.

Mientras que, la comunicación no verbal; se realiza por la postura corporal, tono de voz, movimientos, que en ocasiones las palabras que se emiten no coinciden con las actitudes por la cual puede crear una confusión y también desconfianza debido a que el lenguaje no verbal tiene una mayor prevalencia. La familia tiene que establecer un patrón de comunicación de manera asertiva.

Para concluir, Bautista y Carhuancho (2016) refieren que, en el hogar existen estilos de comunicación, los cuales suelen ser fundamentales para mantener una convivencia saludable, armónica y pacífica entre todos sus miembros. Dentro de este marco, se encuentra la comunicación abierta, medio por el cual, los miembros de la familia defienden activamente sus derechos sin afectar a los miembros, las ideas se defienden y las opciones se razonan y llegan en un acuerdo para la solución de problema de manera democrática.

Mientras que, en la comunicación afectiva predomina cuando un integrante de la familia sobrevalora y atiende únicamente sus propias opiniones, deseos y sentimientos, pero a la vez rechaza o resta importancia a la de los demás integrantes. Así pues, la comunicación agresiva, se caracteriza, por la exageración para demostrar su superioridad, denotando agresividad, intimidación e incluso humillan a los demás, solo se preocupan por satisfacer sus necesidades sin importarles los sentimientos de los demás.

Por otro lado, se encuentra la comunicación pasiva; se caracteriza por la preocupación de satisfacción hacia los demás, actúa de forma pasiva y generalmente no defiende sus derechos, por lo tanto son ignorados y se aprovechan de él.

Concluyendo que, la existencia de una apropiada comunicación familiar entre los miembros de la familia con el paciente oncológico, permitirá desarrollar en él estrategias de afrontamiento frente a su enfermedad, a través de la comunicación y el diálogo.

Dentro de este marco de investigación se planteó como hipótesis general conocer si (H_a) Existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020; al tiempo que la hipótesis nula proponía que (H_0) no existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020. De igual manera, se planteó como hipótesis específicas conocer si (H_1) existe un nivel predominante de depresión en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020; e identificar si (H_2) existe un nivel predominante de comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.

II. METODOLOGÍA

2.1. Objeto de estudio

De acuerdo a Hernández et al. (2014) la presente investigación es de tipo cuantitativo, porque se obtuvieron resultados numéricos, los cuales formaron parte de un proceso de análisis estadístico dentro del trabajo de investigación.

Es de nivel descriptivo correlacional, porque, se buscó demostrar la relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo-2020, en tanto, se pretendió entender la dependencia estadística, que por medio de la estadística bivariada permitió hacer asociaciones (Chi Cuadrado) (Hernández et al., 2014).

Corresponde a un diseño no experimental, porque, no hubo manipulación de las variables de estudio, por parte del investigador, por lo que, se procedió con la recolección de la información en las condiciones propias y naturales de los elementos de muestra en conformidad con los objetivos establecidos. Además, es de corte transversal, porque, los datos recolectados se dieron en un solo momento y tiempo único (Hernández et al., 2014).

Población y muestra

Para Otzen y Manterola (2017) afirman que, la población viene a ser el conglomerado de individuos u objetos de quienes se desea averiguar algo dentro de una investigación, asimismo, está constituido por personas, objetos, animales, registros médicos, entre otros.

Por consiguiente, la población de la presente investigación estuvo conformada por 500 pacientes de un hospital de Trujillo, de diferentes diagnósticos oncológicos. Siendo pacientes de ambos sexos y mayores de 25 años. Cabe resaltar que, los pacientes se encuentran asegurados y pertenecen a diferentes estratos sociales.

De la cual se extrajo una muestra de 130 pacientes oncológicos, empleando el método por conveniencia; porque, permitió seleccionar aquellos pacientes accesibles y por la proximidad de los pacientes para el investigador, los cuales aceptaron ser incluidos dentro del estudio de investigación (Otzen y Manterola, 2017).

Por tanto, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión; trabajar con pacientes que firmen el consentimiento informado, cuya edad sea mayor de 25 años, de nacionalidad peruana y que pertenezcan al programa oncológico. Mientras que, para los criterios de exclusión se tuvo en cuenta los pacientes que no asistieron el día de la aplicación del instrumento, pacientes en condiciones graves y mayores a 80 años de edad.

Definición y operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Escala de medición
DEPRESIÓN	<p>“La define como una enfermedad mental en donde el individuo evidencia un cuadro negativo de sí mismo, de la sustantividad del entorno y del venidero, a través de una distorsión de sus pensamientos, a lo cual denominó triada cognitiva. Esto quiere decir que, el individuo se siente así mismo incapaz e inútil, logrando ver considerablemente de forma nociva sus vivencias vitales, lo que le conlleva a continuos revés y desilusiones. (Beck, 1996).</p>	<p>Se asume la definición en función a las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de Beck.</p>	Área afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Sentimientos de culpa. - Predisposición para el llanto. - Irritabilidad. 	4 ítems	<p>Inventario de Depresión de Beck</p>	Ordinal
			Área motivacional	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción - Ideas suicidas 	2 ítems		
			Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Pesimismo frente al futuro. - Sensación de fracaso. - Expectativa de castigo. - Autodisgusto. - Indecisión. - Autoimagen deformada. - Preocupaciones somáticas - Autoacusaciones 	8 ítems		
			Área conductual	<ul style="list-style-type: none"> -Alejamiento social. - Retardo para trabajar. - Fatigabilidad 	3 ítems		
			Área física	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de sueño. -Pérdida de apetito. - Pérdida de peso. - Pérdida del deseo sexual 	4 ítems		
COMUNICACIÓN FAMILIAR	<p>“Se describe como la acción de trasladar comunicación, ideas, pensamientos y sentimientos dentro de todos los miembros de una familia, por medio de la apreciación de satisfacción respecto de la comunicación familiar, escucha, manifestaciones de emociones y sentimientos, debatir ideas y moderar situaciones de colisión.” (López et al., 2016)</p>	<p>Se asume la definición en función a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Comunicación Familiar</p>	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 	10 ítems	<p>Escala de Comunicación Familiar</p>	Ordinal

2.2. Técnicas e instrumentos de recojo de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos dentro del trabajo de investigación fue la encuesta; la cual tuvo como propósito indagar en la opinión y reacción que tiene la población con relación a las variables de estudio (Gallardo, 2017).

Por consiguiente, el instrumento que se empleó para medir la depresión fue el Inventario de depresión de Beck y para medir la comunicación familiar se utilizó la Escala de Comunicación Familiar (Ver anexo 01).

2.3. Análisis de la información

Teniendo en cuenta que la presente investigación fue un estudio de tipo cuantitativo y descriptivo; el nivel de estudio relacional; variables categóricas, nominales, y aunque son politómicas (por lo que se requiere su dicotomización, para realizar el procedimiento estadístico de asociación). En primer lugar, se recolectaron los datos por medio de los instrumentos psicométricos el Inventario de Depresión de Beck y Escala de Comunicación Familiar para medir las variables de estudio, a través de la encuesta. Para el vaciado de datos se utilizó el software Microsoft Excel 2010. Mientras que, para el procesamiento de datos se empleó el programa SPSS Versión 22. Luego se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorv-Smirnov, cuyo propósito fue determinar la distribución de los datos, siendo una distribución normal. Finalmente, se empleó la prueba estadística Chi Cuadrado de independencia, con un nivel de significancia de $5\% = 0.05$. Siendo un análisis estadístico bivariado. Para concluir, los resultados obtenidos fueron presentados por medio de tablas de simple y doble entrada.

2.4. Aspectos éticos de la investigación

Los principios éticos, sustentan la elaboración de un trabajo de investigación de forma válida y confidencial; porque, todo aquel que realice una intervención, por medio de una encuesta u otro instrumento, con propósitos educativos de investigación ante una determinada población, deberá tener presente aquellos principios éticos que rigen su comportamiento en el quehacer como investigador dentro de la investigación.

Dentro de este marco, se desarrolló de la siguiente manera.

Se realizó la visita formal al director del hospital y se le entregó el documento formal, para ser firmado y proceder así con las coordinaciones correspondientes para el desarrollo del trabajo de investigación. Además, se le brindó información precisa y detallado sobre en qué consistiría la investigación.

Después, se estableció el día de la aplicación de la encuesta con el encargado del Programa Oncológico. Luego el día de la ejecución de la encuesta, antes de proceder con su desarrollo, se les brindó la siguiente información a todos los participantes que decidieron formar parte de la investigación:

Deberán firmar un consentimiento informado, teniendo en cuenta que; pueden desistir durante el desarrollo de la encuesta sin ningún inconveniente, por lo que, no se tomará represalia frente a ello. Cabe mencionar que, su identidad será salvaguardada, así como la confidencialidad de los datos y resultados obtenidos dentro de la investigación, a través del anonimato.

Finalmente, todo el proceso desarrollado dentro del trabajo de investigación estuvo guiada de acuerdo a las normas establecidas por parte de la universidad y bajo el asesoramiento del docente de investigación (Código de Ética para la investigación, 2016).

III. RESULTADOS

Tabla 1

Nivel de depresión en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	19	14.6 %
Depresión leve	33	25.4 %
Depresión moderada	11	8.5 %
Depresión grave	67	51.5 %
Total	130	100 %

Descripción: en base a los resultados obtenidos en la tabla 1, se observa que del 100% de pacientes oncológico, el 51.5% presenta depresión grave y el 8.5%, denota depresión moderada.

Tabla 2

Nivel de comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.

Niveles de comunicación Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	8.5%
Medio	109	83.8%
Alto	10	7.7%
Total	130	100

Descripción: en base a los resultados obtenidos, en la tabla 2, el 83.8% presenta un nivel de comunicación familiar media y el 7.7% denota un nivel de comunicación familiar alto.

Prueba de hipótesis

H_a. Existe relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.

Tabla 4

Relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.

		Tipos de comunicación familiar					
		Medio		Otros		Total	
depresiones							
dicotomizadas	F	%	f	%	f	%	
Grave	10	7.7%	1	0.8%	11	8.5%	
Otros	100	76.9%	19	14.6%	119	91.5%	
Total	110	84.6%	20	15.4%	130	100.0%	

Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$

Estadístico de prueba

Chi cuadrado de Independencia

P – Valor = 0,00 = 0%

Descripción: con una probabilidad de error del 0%, existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, 2020. Por tanto, se acepta la hipótesis: Existe relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020. Asimismo, se utilizó la prueba del Chi-cuadrado de independencia, obteniéndose como p-valor 05 que está por debajo del nivel de significancia del 5%, lo cual permitió la decisión de aceptar la hipótesis del investigador.

3.1. Discusión de resultados

En definitiva, la depresión es una enfermedad que suele desarrollarse con frecuencia en pacientes oncológicos, como consecuencia de los cambios evidentes a nivel físico, psicológico, social y familiar, que suelen presentar a partir de su diagnóstico y durante su tratamiento oncológico. Lo cual, se ve reflejado de manera perjudicial en su aspecto emocional, especialmente es su estado anímico, fuerza de voluntad, actitud frente a la enfermedad y sus expectativas frente a ello.

Por tal motivo, se originó la idea de desarrollar la presente investigación en base a lo observado con los pacientes oncológicos, puesto que, frente a la presencia de sintomatología depresiva surge a su vez, una comunicación familiar inapropiada dentro de su entorno familiar, lo cual es esencial y significativo para la mejoría y recuperación del paciente. Por consiguiente, no se podrá establecer vínculos familiares, ni tampoco brindar un soporte familiar, debido a, la comunicación familiar inadecuada que existe dentro de la familia del paciente.

En tal sentido, la presente investigación tuvo como objetivo general, determinar la relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020, demostrándose que existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en los pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo. A su vez, estos resultados guardan relación con la información del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (2016), donde afirma que, existieron 825 pacientes oncológicos diagnosticados, en donde el 15% presentan depresión y en algunos casos no aceptan su enfermedad.

En definitiva, los familiares de pacientes oncológicos, que suelen presentar sintomatología depresiva, desempeñan un rol importante durante y después del tratamiento con el paciente. Siendo, la comunicación familiar esencial dentro del proceso de adaptación del paciente sobre su condición de salud actual y calidad de vida, evitando así consecuencias nocivas para el paciente oncológico.

Asimismo, tuvo como objetivo específico; identificar el nivel de depresión en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, 2020. Encontrándose que, el nivel de depresión corresponde a un porcentaje de 51%, que lo ubica en un nivel de depresión grave y el 25.4% presenta un nivel de depresión leve.

Evidenciando que, los pacientes presentan indicadores de tristeza, dificultades para concentrarse, desánimo, insomnio, pérdida de peso, falta de motivación e ideas suicidas, entre otras.

Tales resultados coinciden con lo obtenido por Enriquez (2018), quien determinó que el 52% de pacientes oncológicos, presenta un nivel de depresión grave, mientras que, el 4% de pacientes oncológicos denota un nivel de depresión leve.

Demostrándose que, los pacientes presentan indicadores de pérdida de peso, insomnio e ideas suicidas. A su vez, estos resultados se asemejan a lo encontrado por Ortiz (2018) en su investigación, donde refiere que, el 33% de pacientes oncológicos presenta un nivel de depresión moderado, mientras que, el 25% presenta un nivel moderado a intenso. Lo cual evidencia, que cuando los síntomas depresivos se manifiestan, presentan indicadores de sufrimiento constante, sentimiento de culpa, llegando e incluso a generar ideas suicidas como respuesta de su sufrimiento. Lo cual evidencia, que los pacientes oncológicos hospitalizados se encuentran propensos a presentar sintomatología depresiva como consecuencia de la manera en cómo perciben y asimilan su enfermedad dentro de su entorno.

Al respecto, Luz (2017) refiere que, la depresión es una enfermedad, que se caracteriza por la distorsión de los pensamientos, ideas o creencias, en donde el paciente oncológico presenta un esquema negativo de sí mismo, de la realidad de su entorno y además, un futuro incierto con relación a su enfermedad. Por tanto, Rolando (2016) describe a la depresión como el estado de ánimo negativo que se conforma por problemas somáticos, cognitivos y conductuales. Siendo uno de los causales directos en la sintomatología depresiva en distintos niveles en pacientes oncológicos.

Para concluir, se tuvo también como objetivo específico; identificar el nivel de comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, 2020. Encontrándose que, el nivel de comunicación familiar corresponde a un porcentaje de 83.8%, que lo ubica en un nivel medio de comunicación familiar. Evidenciando que, los pacientes oncológicos en su mayoría requieren establecer vías de comunicación estable, así como, reforzar e incrementar su nivel de comunicación familiar, permitiéndole así, sentirse dentro de un entorno familiar con el cual contar frente a cualquier situación que pueda suscitarse durante el tratamiento oncológico.

A su vez coincide con Bautista y Carhuacho (2016), refieren que, la comunicación familiar es uno de los recursos más importantes dentro del hogar para mantener una convivencia armónica y saludable, especialmente frente a dificultades, pérdidas, enfermedades o situaciones fortuitas.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Después, del análisis de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos dentro del trabajo de investigación, se determina que

- Existe relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.
- El 51.5% de pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, presenta un nivel de depresión grave y el 8.5%, denota un nivel de depresión moderada.
- El 83.8% de pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, presenta un nivel de comunicación familiar media, mientras que, el 7.7%, denota un nivel de comunicación familiar alto.

4.2. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda:

- A los investigadores, realizar futuras investigaciones con las variables de estudio en pacientes oncológicos, pues no existen investigaciones a nivel internacional y nacional.
- Facilitar los resultados de la presente investigación a la autoridad correspondiente del establecimiento de salud para generar cambios y mejorías, respecto a la salud mental de los pacientes oncológicos de dicho establecimiento.
- Desarrollar Programas de promoción, prevención e intervención sobre depresión y comunicación familiar, con el objetivo de mejorar la salud mental y física de los pacientes oncológicos.
- Brindar asistencia psicológica especializada, con el propósito de contribuir en la mejoría de los pacientes oncológicos a través de una calidad de vida.
- Brindar soporte socioemocional a los familiares encargados directamente de los pacientes oncológicos, con la finalidad de adquirir técnicas y/o herramientas saludables dentro de la convivencia con el paciente oncológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5TM*.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Beck T., Steer, R. y Brown, G. (1996). Manual para el Inventario de Depresión de Beck-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Bautista, L. y Carhuacho, P. (2016). *Comunicación familiar en los estudiantes del I.E.P. Albert Einstein del nivel secundario de la provincia Huancayo- 2015*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Centro del Perú UNCP].
- Calva, J. y Castro, M. (2015). *Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I – IV del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas 2012*. [Tesis de grado, Universidad Privada Antenor Orrego].
- Copez, A., Villarreal, D. y Paz, A. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar en estudiantes universitarios. Psychometric Properties of the Family Communication Scale in College Students. *Revista Costarricense de Psicología*, 35 (1), 37-52. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v35i01.03>
- Cunill, M., y Carles B. (2011). Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *Psicooncología*, 8(1), 65-79. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1111120065A>
- Enriquez, F. (2018). *Nivel de depresión en pacientes diagnosticados con cáncer del instituto regional de enfermedades neoplásicas – norte de la ciudad de Trujillo, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica].

- Fernández, M., Hernández, L. y Martínez, I. (2018). Comunicación intra-familiar y cáncer de mama. *Psicooncología* 2018; 15(1): 103-118. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59180>
- Gallardo, E. (2017). Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo/Universidad Continental (1era ed.). Perú Huancayo: Versión e-book. Recuperado de: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf
- Guerrero J., Prepo. A. y Loyo, G. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2016; 15(2), 297-309. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000200017
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). México D. F.: Mc Graw-Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Methodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Ibáñez, M. (2015). *Clima social Familiar y Depresión en el Hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados-Piura 2014*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote].
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (2016). Registro Hospitalario de Cáncer. Informe RHC 2007 – 2015. Dirección Ejecutiva IREN – Norte. Trujillo, Perú. <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/informe-RHC-2007-2015.pdf>
- López, K. (2017). *El impacto socio-afectivo en las familias de pacientes oncológicas de cáncer de mama, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Trujillo*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Trujillo].

- Luz, A. (mayo, 15 del 2017). Teorías que explican la depresión. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/348454836/Teorias-Que-Explican-La-Depresion>. Consultado el 15 de febrero del 2018.
- Navea, M. y Tamayo, H. (2018). Características de la resiliencia familiar en pacientes oncológicos pediátricos: una revisión sistemática. *Psicooncología* 2018, 15(2), 203-216. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/61431>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 13 de septiembre). Depresión. <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Ortiz, M. (2018). *Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilazo de la Vega].
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnica de muestreo sobre una población a estudio. *Revista Scielo En. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pintado, L. (2016). *Clima social familiar en escolares de familias monoparentales de una institución educativa. Chimbote, 2014*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote].
- Rolando, B. (2016). *Relación del Rendimiento Académico y la Salud Mental de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Uniandes*. [Tesis de maestría, Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES].
- Salazar, C. (2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Ricardo Palma].

Tustón, M. (2016). *La comunicación Familiar y asertividad de los adolescentes del Noveno y décimo año de educación básica del instituto tecnológico agropecuario Benjamín Araujo del Cantón Patate*. [Tesis de pregrado, Universidad, Universidad Técnica de Ambato de Ecuador].

UNICEF (2015). ¿Te suena familiar? Guía para la familia. Recuperado de <https://goo.gl/yHBWnc>

Universidad Católica Benedicto XVI (03 de febrero del 2021). Código de ética de investigación científica. Trujillo, Perú. Recuperado de: https://www.uct.edu.pe/images/transp/RES_014-2021_R_APROBAR_CODIGO_ETICA_INVESTIGACION_VERSION_10.pdf

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote (16 de agosto del 2019). Código de ética para la investigación. Chimbote, Perú. Recuperado de: <file:///D:/Código%20de%20ética%20para%20la%20investigación.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de la información

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

FICHA TÉCNICA

1. Datos Generales

- 1.1** Nombre : Inventario de Depresión de Beck
- 1.2** Autores : Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emer
- 1.3** Fecha de publicación: : 1967
- 1.4** Edad de Aplicación : Adolescentes y adultos (A partir de los 13 años)
- 1.5** Significación de la prueba : Valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad
- 1.6** Forma de Administración : Individual y colectiva
- 1.7** Tiempo de Aplicación : No tiene tiempo Límite
- 1.8** Tipo de ítems : Verbales

2. Descripción de la prueba

El inventario está conformado por 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación, en algunas categorías existen dos alternativas de respuestas y se les divide en a y b para indicar que se encuentra en el mismo nivel, cada ítem presenta una puntuación que va desde cero (0) a tres (3).

El inventario consta de 21 ítems de síntomas que corresponden a 5 áreas, las cuales son: área afectiva (4 ítems), área motivacional (2 ítems), área cognitiva (8 ítems), área conductual (3 ítems) y área física (4 ítems). En el caso de que el paciente exprese que hay dos o más enunciados que concuerden con su estado de ánimo, se registrará el valor más alto, y si el paciente se siente que está entre dos enunciados, estando más en dos que en tres, se registrará entonces el valor dos por estar más cercano. El instrumento se basa en dos supuestos.

a. Primero; conforme a la depresión si es más severa, mayor sería número de síntomas, esta progresión permite hacer diferenciación entre personas sanas, y pacientes que tengan una depresión leve, moderada y/o grave.

b. Segundo; en cuanto el paciente este más deprimido, cada síntoma lo siente de una manera más intensa o frecuentemente por ello su diseño incluye todos los síntomas integrales de los cuales lo clasifica en cinco áreas.

3. Administración

Fue elaborado para ser administrado de manera individual o grupal. Para ser administrado en forma individual se utiliza una doble copia de protocolo de respuestas, una se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por el entrevistado. Luego de anunciar sus declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique “Cual de las declaraciones define mejor su estado de ánimo, de cómo se siente en ese instante”. En ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el entrevistado indica que hay dos afirmaciones que corresponde a la manera como se siente, entonces se debe registrar el número más alto. El puntaje de la depresión es la suma de las respuestas que va desde la A hasta la U. El Tiempo de aplicación, no tiene límite de tiempo y por lo general no se requiere más de quince minutos en contestar.

4. Calificación

El sistema de codificación, toma en cuenta el número de síntomas reportados por el paciente ya que cada uno de ellos tiene un puntaje numérico, la intensidad de cada síntoma ha sido registrada asignándole valores numéricos graduados a cada uno de las veintiuna categorías, o un cero indica que el síntoma no estuvo presente, mientras que la severidad en aumento es graduada por uno, dos y tres, de tal suerte que el puntaje total del paciente representa una combinación del número de categorías sintomáticos y la severidad de los síntomas particulares.

Sin embargo, un puntaje total desde cero a diez indica que no hay depresión. De once a veinte indica que hay que depresión leve; la puntuación que va desde los veintinueve a treinta; significa que hay una depresión moderada; pero si pasa de los treinta y uno a más, demuestra que hay depresión severa.

5. Validez

En la revisión de la validez del Inventario de Depresión Beck, se empezó tratando brevemente un estudio experimental antes de pasar a otros métodos. En el año de 1977, Beck, Kovaes & Hollan, estudiaron a cuarenta y cuatro pacientes externos que acudieron a consulta por propia iniciativa y satisfacción de criterios establecidos para el diagnóstico de Neurosis Depresiva (DSM III), estos pacientes presentan una depresión de moderada a intensa, (según el inventario de Beck).

El grupo se dividió en dos partes: El primer grupo conformado por dieciocho pacientes asignados a la terapia cognitiva y el segundo por veinticuatro pacientes asignados a terapia farmacológica, finalizado el tratamiento. Ambos grupos mostraron una reducción significativa de la sintomatología depresiva.

Con respecto a la correlación con otras pruebas, en el Perú Novara, Sotillo & Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), realizaron un estudio en una muestra de ciento setenta y ocho pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando la escalas de Zung, & Hamilton y el inventario de Beck ; utilizaron un grupo control de cuarenta y nueve pacientes correlacionaron entre sí a las tres pruebas, la correlación entre Beck y la escala de Hamilton fue de 0.72 y la de Beck con la escala de Zung fue de 0.76; coeficientes altamente significativos.

En el Hospital Militar Central se llevó a cabo un estudio de correlación entre ambas escalas de Beck y Zung en una muestra de quince pacientes con diagnóstico de depresión, encontrando una correlación entre ambas escalas de 0.78. La correlación de Beck con el diagnóstico psiquiátrico también fue realizada por Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996), hallando una correlación de 0.75. Los resultados de los estudios citados permiten decir que el inventario de Beck tiene una validez satisfactoria y es útil para los propósitos para lo que fue elaborada.

6. Confiabilidad

Las estimaciones de la confiabilidad están en relación al respecto que se asume como causante de error de medición, es por ello que encontramos los siguientes tipos de confiabilidad.

- a) Estabilidad y Consistencia de los puntajes a través del tiempo.
- b) Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes de la prueba.
- c) Consistencia interna evalúa el grado en que los ítems de un test están relacionados con el puntaje total Brown (1980, citado por Pimentel, 1996), está última forma se caracteriza por ser obtenido a través de una sola aplicación de la prueba calculada con las técnicas de separación por mitades (Holt Split Method), o estimaciones de homogeneidad.

Por otra parte, se llevó a cabo un estudio de Confiabilidad en el Hospital Militar Central, que, si bien es hecho en una muestra pequeña y que no permite una generalización, si nos arroja luces sobre la confiabilidad de este instrumento, se administró el Inventario de Beck en quince pacientes con diagnóstico depresivo.

Luego se realizó un retest con un intervalo de una semana, obteniendo un coeficiente de 0.80. Así mismo con los datos de la primera administración se calculó la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81.

ESCALA GENERAL DEL INVENTARIO

0 – 13	MÍNIMA DEPRESIÓN
14 – 19	DEPRESIÓN LEVE
20 – 28	DEPRESIÓN MODERADA
29 – 63	DEPRESIÓN GRAVE

ESCALAS POR DIMENSIONES DEL INVENTARIO

NIVELES	DIMENSIONES				
	ÁREA AFECTIVA	ÁREA MOTIVACIONAL	AREA COGNITIVA	ÁREA CONDUCTUAL	ÁREA FÍSICA
MÍNIMA DEPRESIÓN	1-3	1 – 1.5	1 – 6	1 – 2.25	1-3
DEPRESIÓN LEVE	4-6	2.5 – 3	7 – 12	3.25 – 4.5	4-6
DEPRESIÓN MODERADA	7-9	4 – 4.5	13 – 18	5.5 – 6.75	7-9
DEPRESIÓN GRAVE	10-12	5.5 – 6	19 - 24	7.75 – 9	10-12

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo..... 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 el sueño.
1. Duermo un poco menos que lo habitual.
2. Duermo mucho más que lo habitual.
3. Duermo la mayor parte del día.

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. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2. Mi apetito es mucho menor que antes.
3. 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 hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (FCS)

FICHA TÉCNICA

- 1. Nombre Original:** *Family Communication Scale* – FCS
- 2. Autores:** D. Olson et al. (2006). En nuestro medio Copez, Villarreal y Paz (2016) reportaron índices aceptables propiedades métricas.
- 3. Objetivos:** Evaluar de manera global la comunicación familiar.
- 4. Administración:** Individual o grupal. Adolescentes a partir de 12 años de edad.
- 5. Duración:** Aproximadamente 15 minutos.

6. Características

La escala de comunicación familiar (FCS) está conformada por 10 ítems de tipo Likert de cinco alternativas, cuya valoración es 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (Generalmente en desacuerdo), 3 (Indeciso), 4 (Generalmente de acuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo), con una puntuación máxima posible de 50 y mínima de 10. Se define la comunicación familiar como el acto de transmitir información, ideas, pensamientos y sentimientos entre los miembros de una unidad familiar, a través de la percepción de satisfacción respecto de la comunicación familiar, escuchar, expresión de afectos, discutir ideas y mediar conflictos. En la versión original ($n = 2465$) representa a la población estadounidense ($M = 36.2$, $DE = 9.0$, $\alpha = .90$).

7. Análisis de confiabilidad

Copez, Villarreal y Paz (2017) realizaron un análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Comunicación Familiar (FCS) en una muestra de 491 estudiantes de una universidad privada en Lima Metropolitana. Adicionalmente, al analizar los errores, se analizó la confiabilidad al utilizar los siguientes indicadores: ($n = 491$) el índice de consistencia interna alfa de Crombach $\alpha = .887$, que establece un alto nivel de consistencia interna (Oviedo & Campo-Arias, 2005) y el alfa ordinal (Elosua y Zumbo, 2008), que puntúa un valor de $\alpha = .908$ y supera el mínimo requerido de .85, por lo que se puede afirmar un alto nivel de consistencia interna (De Vellis, 2012). Se obtuvo un alto nivel de consistencia interna. Se concluye que la FCS presenta adecuadas propiedades psicométricas.

8. Calificación e interpretación

Se suman las respuestas obteniendo el puntaje directo (PD) y teniendo en cuenta los Pc (percentiles) se identifica la categoría de comunicación familiar.

Escala De Comunicación Familiar (FCS)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de cómo son las familias, por lo que usted encontrará cinco posibilidades de respuesta para cada pregunta.

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Indeciso	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--------------------------	----------------------------	----------	-------------------------	-----------------------

N.º	Pregunta	1	2	3	4	5
1	Los miembros de la familia están satisfechos con la forma en que nos comunicamos.					
2	Los miembros de la familia son muy buenos escuchando.					
3	Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros.					
4	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre ellos lo que quieren.					
5	Los miembros de la familia pueden discutir calmadamente sus problemas.					
6	Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias					
7	Cuando los miembros de la familia se preguntan algo, reciben respuestas honestas.					
8	Los miembros de la familia tratan de comprender lo sentimientos de los otros miembros.					
9	Los miembros de la familia cuando están enojados rara vez se dicen cosas negativas					
10	Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos					

Anexo 2: Consentimiento informado

Yo,..... Índico que se me ha explicado que formaré parte de un trabajo de investigación que busca conocer la motivación de logro en estudiantes. Para ello, me aplicarán un cuestionario. Mis resultados se agruparán con los obtenidos por los demás estudiantes y en ningún momento se revelará mi identidad.

Se respetará mi decisión de aceptar o no colaborar con la investigación, pudiendo retirarme de ella en cualquier momento, sin que ello implique alguna consecuencia desfavorable para mí. Tomando en cuenta que la aplicación de las pruebas se realizará en una ocasión, se solicitará mi nombre, con la finalidad de poder completar toda la evaluación.

Por lo expuesto, declaro que:

- He recibido información suficiente sobre el estudio
- He tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

Se me ha informado que:

- Mi participación es voluntaria.
- Puedo retirarme del estudio, en cualquier momento, sin que ello me perjudique.
- Mis resultados personales no serán informados a nadie.

Por lo expuesto, acepto formar parte de la investigación.

Trujillo,de.....del 2019

.....

Firma del participante

.....

.....

Firma del(a) evaluador(a)

Teléfono para contactarlo

Anexo 3: Matriz de categorías y subcategorías

TÍTULO	ENUNCIADO	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODLOGÍA
DEPRESIÓN Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE TRUJILLO, 2020	¿Cuál es la relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>-Determinar la relación entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>-Identificar el nivel de depresión en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, 2020.</p> <p>-Identificar el nivel de comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Ha: Existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.</p> <p>H0: No existe relación significativa entre depresión y comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020.</p> <p>H1: Existe un nivel predominante de depresión en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, 2020.</p> <p>H2: Existe un nivel predominante de comunicación familiar en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo, 2020</p>	<p>DEPRESIÓN</p> <p>COMUNICACIÓN FAMILIAR</p>	<p>-Área afectiva.</p> <p>-Área motivacional.</p> <p>-Área cognitiva.</p> <p>-Área conductual.</p> <p>-Área física</p> <p>Unidimensional</p>	<p>Diseño: no experimental de tipo transversal.</p> <p>Muestra: 130 pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: se utilizó la encuesta.</p> <p>Método de análisis de investigación: paquete Estadístico empleado SPSS.22.</p>

Anexo 4: Pruebas del chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1030,477 ^a	792	,000
Razón de verosimilitud	333,250	792	1,000
Asociación lineal por lineal	16,183	1	,000
N de casos válidos	130		

a. 850 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

Anexo 5: Prueba de normalidad

