



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DE SAN LUIS POTOSÍ  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONALES

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de  
Medicina Interna

**Prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de  
apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasia hemato  
oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP**

**Tania Yaneli Serrano Acosta**

0009-0007-0114-2499

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Jorge David Pérez Rodríguez

CO-DIRECTORES

Lic. Jesica Abigail Delgadillo Orta

Dra. Ethel Sandra Marina Reyes Salinas

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dr. Jorge Alfredo García Hernández

Febrero 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Interna

**Prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP**

**Tania Yaneli Serrano Acosta**

0009-0007-0114-2499

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Jorge David Pérez Rodríguez

CO-DIRECTORES

Lic. Jesica Abigail Delgadillo Orta

Dra. Ethel Sandra Marina Reyes Salinas

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dr. Jorge Alfredo García Hernández

SINODALES

Dra. Ivette Pineda Hernández  
Presidente

---

Dra. Isabel Sada Ovalle  
Sinodal

---

Luis Cabrera Montesillo  
Sinodal

---

Luis Humberto Pérez Macías  
Sinodal suplente

---

Febrero 2026



Prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP © 2026 por Tania Yaneli Serrano Acosta se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## RESUMEN

El cáncer se asocia con una mayor carga de angustia psicológica en comparación con la población sana y la presencia de síntomas depresivos impacta de manera negativa en el apego al tratamiento, el control sintomático, la estancia hospitalaria y la supervivencia. En este contexto, el apoyo social, particularmente el familiar, puede desempeñar un papel relevante en la adaptación a la enfermedad. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en el Hospital General de Zona número cincuenta de San Luis Potosí.

Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, efectuado de mayo a diciembre de dos mil veinticinco. Se incluyeron doscientos ochenta pacientes con diagnóstico de neoplasia oncológica o hematológica en tratamiento con quimioterapia. La sintomatología depresiva se evaluó mediante la Escala de Depresión de Beck, mientras que el apoyo familiar se valoró a través del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar en Pacientes Oncológicos, instrumento diseñado y validado mediante rondas de expertos y análisis de confiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión según la distribución de las variables cuantitativas. Para determinar la asociación entre síntomas depresivos y funcionalidad familiar se utilizó la prueba de chi cuadrada.

Predominaron pacientes de cincuenta y uno a cincuenta y cinco años, del sexo mujer, casados y con diagnóstico de cáncer de mama. La mayoría presentó síntomas depresivos mínimos y percepción moderada de apoyo familiar. Se encontró una asociación altamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar. El instrumento diseñado mostró adecuada consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de cero punto novecientos trece. La prevalencia de síntomas depresivos fue de trece punto seis por ciento, lo que subraya la importancia de fortalecer la red de apoyo familiar como componente integral en la atención oncológica.

**Palabras clave:** Síntomas depresivos, Apoyo familiar, Neoplasia hemato oncológica.

## ÍNDICE

	Página
Resumen .....	1
Índice .....	3
Lista de cuadros .....	5
Lista de abreviaturas .....	7
Lista de definiciones .....	8
Dedicatorias .....	9
Reconocimientos .....	10
Antecedentes .....	11
Justificación .....	20
Pregunta de investigación .....	21
Hipótesis .....	22
Objetivos .....	23
Sujetos y métodos .....	24
Análisis estadístico .....	25
Ética .....	26
Resultados .....	27
Discusión .....	48
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación .....	51
Conclusiones .....	52
Bibliografía .....	53
Anexo 1 Hoja de recolección de datos .....	60

Anexo 2 Cuestionario sobre la red de apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos .....	62
Anexo 3: Consentimiento informado.....	66
Anexo 4. Confidencialidad de datos.....	68
Anexo 5. Consentimiento Informado para Expertos Participantes en la Validación de un instrumento .....	69
Anexo 6. Desglose de procedimientos e instrumentos utilizados.....	71

## LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1: Análisis de fiabilidad del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	27
Cuadro 2: Distribución por respuesta al ítem 1 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	29
Cuadro 3: Distribución por respuesta al ítem 2 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	30
Cuadro 4: Distribución por respuesta al ítem 3 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	30
Cuadro 5: Distribución por respuesta al ítem 4 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	31
Cuadro 6: Distribución por respuesta al ítem 5 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	31
Cuadro 7: Distribución por respuesta al ítem 6 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	32
Cuadro 8: Distribución por respuesta al ítem 7 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	32
Cuadro 9: Distribución por respuesta al ítem 8 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	33
Cuadro 10: Distribución por respuesta al ítem 9 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	34
Cuadro 11: Distribución por respuesta al ítem 10 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	34
Cuadro 12: Distribución por respuesta al ítem 11 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	35
Cuadro 13: Distribución por respuesta al ítem 12 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	35
Cuadro 14: Distribución por respuesta al ítem 13 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	36
Cuadro 15: Distribución por respuesta al ítem 14 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	36

Cuadro 16: Distribución por respuesta al ítem 15 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	37
Cuadro 17: Distribución por respuesta al ítem 16 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	38
Cuadro 18: Distribución por respuesta al ítem 17 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	38
Cuadro 19: Distribución por respuesta al ítem 18 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	39
Cuadro 20: Distribución por respuesta al ítem 19 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	40
Cuadro 21: Distribución por respuesta al ítem 20 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	40
Cuadro 22: Distribución por respuesta al ítem 23 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	41
Cuadro 23: Distribución por respuesta al ítem 24 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos .....	41
Cuadro 24: Distribución por respuesta al ítem 25 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos.....	42
Cuadro 25: Distribución por grupos de edad en la población estudiada.....	42
Cuadro 26: Distribución por sexo de la población estudiada.....	43
Cuadro 27: Distribución por estado civil de la población estudiada.....	44
Cuadro 28: Distribución por nivel educativo de la población estudiada.....	44
Cuadro 29: Distribución por diagnóstico hemato oncológico de la población estudiada.....	45
Cuadro 30: Distribución por año de diagnóstico de la neoplasia hemato oncológica de la población estudiada .....	45
Cuadro 31: Distribución por clasificación de síntomas depresivos en la población estudiada.....	46
Cuadro 32: Distribución por apoyo familiar en la población estudiada.....	47
Cuadro 33: Asociación de la depresión y apoyo familiar en la población estudiada.....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **No.** (en “Hospital General de Zona No. 50”)
- **SLP** (San Luis Potosí)
- **BDI** (Beck Depression Inventory)
- **p** (notación estadística abreviada)

## LISTA DE DEFINICIONES

- Red de apoyo familiar: Grupo de personas que brindan apoyo emocional, material y social a un individuo o familia.
- Síntomas de depresión: Datos clínicos de un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés en actividades.
- Caracterización del apoyo familiar: Caracterización de la ayuda que los miembros de una familia se brindan entre sí para cubrir necesidades y garantizar el bienestar de todos.
- Edad: Años vividos por una persona.
- Sexo: Condición biológica que distingue al hombre de la mujer
- Ocupación: Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.
- Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil.
- Diagnóstico hematológico y oncológico: Proceso de detectar y confirmar la presencia de patología neoplásica maligna.
- Tiempo de evolución: Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo

## **DEDICATORIA**

A mis padres. Gracias por siempre estar, por el apoyo y su amor infinito.

## **RECONOCIMIENTOS**

A mis maestros, a los buenos, a los que me enseñaron. A mis asesores de tesis.  
Gracias.

## ANTECEDENTES

Las neoplasias hematológicas son un grupo heterogéneo de diagnósticos, a menudo agrupados como linfoma de Hodgkin versus no Hodgkin, leucemia linfocítica versus mielocítica y enfermedad aguda versus crónica. A menudo son agresivas, requieren un tratamiento urgente, prolongado y exigente que se caracteriza por efectos secundarios debilitantes (1).

Los pacientes con cáncer hematológico representan aproximadamente el 7% de todos los pacientes con cáncer. Durante las últimas décadas, la supervivencia a largo plazo en esta población de cáncer ha aumentado en varios subtipos (2).

Muchos pacientes con cáncer hematológico, en particular aquellos que padecen linfoma y mieloma, experimentan angustia psicológica y mala calidad de vida a lo largo de su trayectoria de enfermedad. Además, el cáncer hematológico tiene un impacto en múltiples aspectos de la vida de una persona, resultando en fatiga; ansiedad y depresión; preocupaciones espirituales y perturbaciones de la vida social, como tiempo libre limitado, ausencia de un entorno familiar de apoyo, problemas de transporte y financieros, y efectos en el empleo de los pacientes (3).

Si bien los estudios que exploran la comprensión de la enfermedad y el pronóstico por parte de los pacientes se han centrado principalmente en pacientes con tumores sólidos, los datos sobre pacientes con neoplasias hematológicas están aumentando rápidamente. Los pacientes con neoplasias hematológicas se enfrentan a una trayectoria clínica única y a una mayor incertidumbre pronóstica en comparación con aquellos con tumores sólidos. Algunas neoplasias hematológicas son indolentes y se comportan más como una enfermedad crónica, mientras que otras tienen un inicio agudo, pero son potencialmente curables. Muchos pacientes con neoplasias hematológicas se enfrentan a decisiones difíciles que deben sopesar el beneficio potencial de terapias intensivas, como la quimioterapia intensiva de alta dosis, el trasplante de células madre hematopoyéticas o la terapia con células T, a menudo a expensas de toxicidades sustanciales y deterioro de la calidad de vida (4).

A medida que los pacientes con cáncer afrontan su enfermedad y su tratamiento, los oncólogos también deben centrarse en sus necesidades psicológicas para brindar atención integral a la persona (5).

## Depresión

La depresión clínica es común en pacientes con cáncer. Las neoplasias hematológicas, incluyendo las neoplasias linfoides maduras como el linfoma maligno y el mieloma múltiple, son relativamente poco frecuentes; sin embargo, los pacientes con neoplasias hematológicas suelen presentar síntomas depresivos significativos. Estudios previos informaron que entre el 12 % y el 33 % de los pacientes con neoplasias hematológicas presentan síntomas clínicos de depresión (6,7).

Los estudios que examinan la prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer reportan estimaciones muy variables. Varios aspectos contribuyen a esta amplia variación en los resultados, incluido el tipo de evaluación y las características de la muestra, como el género, la edad y el tipo de cáncer. Las mujeres informan síntomas de comorbilidades psiquiátricas con mayor frecuencia, sin embargo, el efecto del género aún no se comprende completamente. Otro aspecto que contribuye a la amplia variabilidad en las estimaciones de prevalencia reportadas es la calidad metodológica variable, y en ocasiones incluso deficiente, de los estudios, por ejemplo, en términos del tamaño de la muestra. Además, el tipo de cáncer puede influir en la carga psicológica de los pacientes (8).

Los factores de riesgo asociados con síntomas de depresión y ansiedad incluyen antecedentes personales o familiares de trastorno psiquiátrico, uso/abuso de sustancias, enfermedad recurrente, avanzada o progresiva, bajo nivel socioeconómico, sexo femenino, otras enfermedades crónicas y estado civil soltero. También se ha descrito que el cáncer en estadio avanzado y el uso/abuso de alcohol o sustancias se asocian con síntomas de depresión en muestras de cáncer (9).

La relación entre la edad y la salud mental no ha sido concluyente a partir de estudios previos. Una mayor capacidad, más recursos y estrategias de afrontamiento eficientes podrían ayudar a los pacientes de mediana edad a gestionar dilemas. Estas habilidades pueden contribuir a un menor estrés psicológico en los pacientes de mediana edad (10).

## Evaluación de los síntomas depresivos

Entre los diversos inventarios para la evaluación de la depresión, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para medir los síntomas depresivos en diversas poblaciones de diferentes culturas, como en entornos clínicos y muestras comunitarias. Originalmente desarrollado como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la herramienta fue revisada con información del DSM-IV y fue diseñada para evaluar los principales componentes de la sintomatología depresiva. La escala incluye 21 ítems tipo Likert de cuatro puntos. Diversas versiones lingüísticas del BDI-II han logrado buenas propiedades psicométricas y se han utilizado con éxito en poblaciones de diversos orígenes culturales (11).

El BDI-II, de 21 ítems, abarca ítems que miden síntomas somáticos y psicológicos (cognitivos y afectivos). Estudios iniciales del BDI-II han demostrado un alto grado de consistencia interna. Algunos estudios con pacientes ambulatorios hallaron un coeficiente alfa medio de 0.92 para el BDI-II. Dado que no se han realizado cambios cruciales en los criterios diagnósticos de depresión y trastornos depresivos del DSM 5, el BDI-II se adapta bien a esta edición. Se ha comprobado que el BDI-II se ha traducido a varios idiomas, entre ellos el alemán, árabe, chino, español, finlandés, francés, neerlandés, islandés, italiano, japonés, persa, sueco, turco (12).

En nuestro país, Hernández et al. en el año 2022 realizó un estudio para validar la escala BDI-II en población del norte de México durante la pandemia de COVID-19 y encontró un Alpha de Cronbach de 0.94 que indica una alta fiabilidad en población del norte del país (13).

También en nuestro país, Padrós et al. reportó que en población universitaria de Michoacán, el BDI-II presentó un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.911 (14).

### Apoyo social

El apoyo social puede definirse como un intercambio de recursos emocionales, instrumentales o informativos en un contexto de relaciones informales (es decir, no profesionales) (15). El concepto de apoyo social es multidimensional y puede incorporarse a un contexto más amplio denominado capital social, del cual forman parte el apoyo social y las redes sociales. El apoyo social y las redes sociales se

describen de diferentes maneras; principalmente, pueden presentarse como (1) estructural y funcional, y (2) formal e informal (16).

El aspecto estructural del apoyo social se refiere a la existencia y el tamaño de una red social, y al grado de conexión de la persona dentro de ella, como el número de vínculos sociales (cantidad de relaciones) y las características de los intercambios sociales entre individuos (p. ej., actividades de apoyo social, frecuencia de interacciones). Las relaciones con familiares, amigos y miembros de organizaciones pueden contribuir a la integración social (17).

El aspecto funcional/cualitativo del apoyo social se refiere a las valoraciones que una persona hace del apoyo social que recibe, o a su grado de integración en su red social; es decir, la calidad o profundidad de las relaciones. Además, las funciones específicas que los miembros de una red social pueden proporcionar, como las emocionales (es decir, reafirmación de la valía, empatía, afecto), instrumentales (es decir, ayuda material) e informativas (es decir, consejo, orientación, retroalimentación), también son aspectos vitales del apoyo social. Por lo tanto, el apoyo social se refiere a los aspectos cualitativos cognitivos/funcionales de las relaciones humanas, como el contenido y la disponibilidad de las relaciones con otras personas significativas, mientras que la red social se refiere a los aspectos cuantitativos y estructurales de estas relaciones (18).

El apoyo social se produce en presencia de una red social; el concepto se utiliza a menudo en un sentido amplio, refiriéndose a cualquier proceso mediante el cual las relaciones sociales puedan proporcionar salud y bienestar. La revisión de la literatura revela que el apoyo social se entiende desde una perspectiva subjetiva, que incluye el apoyo emocional, el apoyo a la autoestima, la integración social o el apoyo en red, la provisión de información y retroalimentación, y la asistencia tangible. Por lo tanto, se necesitan medidas que reflejen cada dimensión del apoyo social (19).

### Apoyo social y cáncer

Hoy en día, el tratamiento del cáncer suele administrarse en consultas externas, lo que requiere que los familiares desempeñen un papel crucial en la atención, el manejo de los síntomas y el apoyo entre las visitas al hospital (20). Esto puede ser un desafío para los cuidadores familiares adultos, quienes también deben gestionar su propio

estrés y preocupaciones. La incertidumbre sobre el futuro y la gestión de las propias emociones son difíciles, lo que genera una gran necesidad de apoyo en los cuidadores familiares antes del trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (21). En esta incertidumbre tanto los pacientes como sus familiares reportan necesidades de cuidados de apoyo no satisfechas en relación con las finanzas, el apoyo emocional y la información (22).

La necesidad más importante que las familias reportan constantemente es la de saber que el paciente está cómodo y no sufre. La comodidad del paciente es fundamental para la capacidad de la familia para afrontar la situación, ya sean los cuidadores principales en el hogar o simplemente testigos de su angustia en la cama del hospital. Las encuestas estiman que más del 75% de los pacientes con cáncer avanzado reportan dolor intenso y continuo, y a pesar de la afirmación de que se debe esperar comodidad física durante toda la enfermedad, los reportes de dolor persistente continúan. El dolor de un ser querido afecta profundamente a la familia porque se percibe como un signo de enfermedad progresiva y muerte inminente. A pesar de la evidencia que indica que los familiares pueden percibir con bastante precisión la angustia del paciente, las familias pueden contribuir a un alivio deficiente del dolor debido a su ansiedad por el manejo del dolor con opioides (23).

Además, el aumento de las responsabilidades de cuidado que enfrentan los familiares de pacientes con enfermedades hemato oncológicas los expone a un mayor riesgo de sobrecarga. A menudo se considera que la sobrecarga tiene un componente objetivo y uno subjetivo: la carga objetiva se refiere a los eventos tangibles asociados con el cuidado, como la disminución del tiempo para actividades personales y el deterioro de la salud física, mientras que la carga subjetiva consiste en sentimientos como la culpa y el miedo que acompañan la experiencia de cuidar (24).

Por ello, los cuidadores familiares experimentan angustia al cuidar a estos pacientes. Los cuidadores familiares se encuentran sometidos a niveles excesivos de estrés y pueden experimentar la carga asociada al cambio de responsabilidad durante la transición de la atención hospitalaria a la ambulatoria (25).

Evaluación del apoyo social

El Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) es una herramienta para medir el apoyo social desde la perspectiva del receptor, consta de una subescala SSQ-Número (SSQN), que se utiliza para determinar el número total de otras personas que brindan apoyo social, y la subescala SSQ-Satisfacción (SSQS), que se utiliza para determinar la suma de la satisfacción de un individuo con el apoyo social brindado (26).

La Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos (MOS-SSS) es una escala ampliamente utilizada para medir el apoyo social porque es breve y fácil de administrar, pero puede medir múltiples dimensiones del apoyo social, incluido el apoyo informativo, el apoyo tangible, la interacción positiva y el afecto sin tener en cuenta la fuente de apoyo (27). El contenido de la MOS-SSS se construyó para centrarse en las fuentes de apoyo social involucradas en el bienestar del paciente, y por lo tanto su validez de contenido está respaldada por el proceso de selección de la literatura y los ítems conceptualmente relevantes. La consistencia interna para las 5 dimensiones fue  $>0.91$ , y la consistencia interna general fue de 0.97 (28).

El Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC modificado o FSSQ es otro ejemplo de instrumento de evaluación que busca medir el apoyo social. Más específicamente, busca medir la satisfacción de la persona con los aspectos funcionales y afectivos de su apoyo social (29). Se trata de un instrumento breve compuesto por 11 ítems extraídos de un cuestionario más amplio derivado de una revisión bibliográfica, que incluye medidas cuantitativas y funcionales respecto al apoyo afectivo (es decir, la posibilidad de tener personas con quienes comunicarse) y el apoyo de confianza (es decir, la expresión de amor, afecto y empatía) (30,31).

Cada ítem se califica en una escala Likert de cinco puntos, del 1 al 5: a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Evalúa el apoyo social subjetivo en dos dominios: (1) Apoyo de confianza: 6 ítems (rango de puntuación: 6-30) y (2) Apoyo afectivo: 5 ítems (rango de puntuación: 5-25), y proporciona una medida general de apoyo social (rango de puntuación: 11-55). El cuestionario ha sido traducido y validado al español (32).

Estudios previos

Tao et al. realizó un estudio cuyo objetivo fue explorar los múltiples roles mediadores del apoyo social y el afrontamiento espiritual entre la esperanza y la depresión en pacientes con cáncer avanzado. Se realizó un estudio transversal en China entre mayo y agosto de 2020. Se investigó a un total de 442 pacientes con cáncer avanzado mediante los siguientes cuestionarios autoadministrados: Índice de Esperanza de Herth (HHI), Cuestionario de Afrontamiento Espiritual (SCQ, versión china), Escala de Evaluación del Apoyo Social (SSRS) y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). La depresión se correlacionó negativamente con el apoyo social ( $P < 0.01$ ). La esperanza explicó el 16.0% de la varianza en la depresión. Los análisis bootstrap de la esperanza-apoyo social-afrontamiento espiritual positivo-depresión mostraron que hubo efectos directos [ $B = -0.220$ , IC 95 % ( $- 0.354$ ,  $- 0.072$ )] e indirectos de la esperanza sobre la depresión mediados únicamente por el apoyo social [ $B = -0.122$ , IC 95 % ( $- 0.200$ ,  $- 0.066$ )] y el afrontamiento espiritual positivo [ $B = -0.112$ , IC 95 % ( $- 0.217$ ,  $-0.025$ )], o por ambos juntos [ $B = -0.014$ , IC 95 % ( $- 0.038$ ,  $-0.003$ )]. De manera similar, la esperanza-apoyo social-afrontamiento espiritual negativo-depresión mostró que hubo efectos directos [ $B = -0.302$ , IC 95%( $- 0.404$ ,  $- 0.190$ )] e indirectos de la esperanza sobre la depresión mediados únicamente por el apoyo social [ $B = -0.126$ , IC 95%( $- 0.205$ ,  $- 0.071$ )] y el afrontamiento espiritual negativo [ $B = -0.033$ , IC 95%( $- 0.080$ , $-0.002$ )], o por ambos juntos [ $B = -0.010$ , IC 95%( $- 0.030$ , $-0.001$ )]. Con estos resultados se concluyó que el apoyo social y el afrontamiento espiritual desempeñan un papel intermedio entre la esperanza y la depresión. Las intervenciones basadas en la esperanza, el apoyo social y el afrontamiento espiritual pueden prevenir eficazmente la depresión (33).

Wang et al. realizó un estudio cuyo objetivo fue explorar la relación entre el apoyo social, la autoeficacia y la ansiedad y la depresión. Se utilizó un diseño transversal y un muestreo por conveniencia para reclutar pacientes con cáncer de próstata de un hospital integral de la provincia de Zhejiang. Para la recopilación de datos se emplearon escalas estructuradas, como la Escala de Valoración del Apoyo Social, las Estrategias Utilizadas por las Personas para Promover la Salud y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Se mostró que la ansiedad y la depresión se correlacionaron negativamente con el apoyo social ( $r = - 0.212$ ;  $p < 0.01$ ). Con estos

hallazgos se concluyó que el apoyo social y la autoeficacia contribuyeron a la mejora de la depresión y la ansiedad en pacientes con prostatectomía radical, y se asociaron con un efecto mediador completo de la autoeficacia (34).

Fisher et al. en un estudio que buscó desarrollar un modelo estructural basado en la teoría que examina la relación entre el apoyo social (emocional e instrumental) y los síntomas depresivos a través de la interferencia de la fatiga y el dolor en mujeres con cáncer de mama. Se estudiaron 327 mujeres con cáncer de mama en estadios I-III las cuales completaron las mediciones de apoyo social, fatiga, interferencia del dolor y síntomas depresivos al momento de la inscripción. Los datos se analizaron mediante modelos de ecuaciones estructurales para evaluar las vías directas e indirectas que relacionan el apoyo social, la fatiga, la interferencia del dolor y los síntomas depresivos. Se observaron efectos directos significativos que vinculaban niveles más altos de apoyo emocional con síntomas depresivos ( $\beta = -0.31$ ). Un mayor apoyo instrumental se asoció significativamente con un mayor número de síntomas depresivos ( $\beta = 0.11$ ). Un mayor apoyo emocional se relacionó con menos síntomas depresivos a través de niveles más bajos de fatiga ( $\beta = -.09$ ) e interferencia del dolor ( $\beta = -.11$ ). Con estos resultados se concluyó que las mujeres que reportaron niveles más altos de apoyo emocional indicaron menos síntomas depresivos, y esta relación se debió a niveles más bajos de fatiga e interferencia del dolor (35).

Respecto a nuestro país, Cano et al. en un estudio realizado en población pediátrica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Lic. Manuel Ávila Camacho", ubicada en Puebla, México con diagnóstico de leucemia y en quienes se aplicó el instrumento Escala de Ansiedad Infantil Spence, se conformó una población de 37 pacientes en quienes se encontró depresión en el 43.2% (36).

Doubova et al. realizó una encuesta transversal en dos hospitales oncológicos públicos de la Ciudad de México. El estudio incluyó pacientes oncológicos ambulatorios mayores de 18 años con diagnóstico de leucemia, linfoma o mieloma múltiple. Se midió la ansiedad y la depresión utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. De los 515 participantes el 12.8% presentó depresión (37).

Finalmente, Wondimagegnehu et al. llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la magnitud de la depresión y su asociación con el apoyo social entre pacientes con cáncer de mama en Addis Abeba, Etiopía para lo cual se realizó un estudio transversal que incluyó a 428 pacientes con cáncer de mama en siete centros de salud de Addis Abeba (Etiopía). La depresión y el apoyo social se evaluaron utilizando las herramientas estándar Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ 9) y Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) respectivamente. La prevalencia de depresión fue del 25.0% utilizando el punto de corte de puntuación PHQ-9 de  $\geq 10$ . Según la categorización de la puntuación PHQ-9, el 65.4%, 28.0% y 6.5% tenían depresión moderada, moderadamente grave y grave respectivamente. Se encontró que los puntajes totales de los participantes en la escala MSPSS eran altos ( $70.35 \pm 16.81$ ), y las subdimensiones de la escala MSPSS mostraron puntajes medios y desviaciones estándar de  $25.52 \pm 4.97$ ,  $15.86 \pm 9.44$  y  $24.0 \pm 6.82$  para las subdimensiones de familia, amigos y otras personas significativas respectivamente. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social y la depresión. Según la prueba de Mann-Whitney, se encontró que las mujeres deprimidas tenían una puntuación media de rango más baja (MSPSS = 191,53) que las mujeres no deprimidas (MSPSS = 221.51) ( $P = 0.027$ ).

## JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de cáncer es un evento traumático que impacta significativamente a los pacientes y sus familias, y puede provocar reacciones de conmoción, incertidumbre, desesperanza, ansiedad y depresión (39,40). Los pacientes pueden experimentar síntomas de angustia grave que influyen en la función social y física, limitan la interacción paciente-cuidador y provocan respuestas emocionales de ansiedad, ira, frustración o depresión en la familia (41,42).

Se ha reportado que la depresión es un trastorno psiquiátrico común en pacientes con cáncer. Se estima que entre el 20% y el 30% de estos pacientes experimentan síntomas depresivos clínicamente significativos en algún momento. El apoyo social se ha definido como la asistencia y protección brindada a los demás, especialmente a las personas (43,44).

Se ha reconocido durante muchos años una relación positiva entre el apoyo social y la salud. El apoyo social está bien documentado como una de las formas más populares y preferidas de afrontar la desesperanza; de hecho, esto también se indica en la población general (41). Sin embargo, aún no es clara la asociación entre el apoyo social y desarrollo de síntomas depresivos en pacientes con cáncer, o la direccionalidad de tal asociación, por lo que se hace necesario contar con estudios en el entorno local (45,46).

Estos estudios permitirán determinar a los pacientes que se encuentran con síntomas depresivos o con bajo apoyo familiar y que podrían beneficiarse de intervenciones sobre estos aspectos y que mejoren la calidad de vida del paciente y puedan mejorar la adherencia al tratamiento; esto finalmente permitirá la optimización de los recursos con los que cuenta el hospital y puedan ser asignados a áreas que lo requieran.

Por ello el presente estudio llevado a cabo en el Hospital General de Zona No. 50, SLP durante el periodo mayo 2025 a diciembre 2025 pretende llenar el vacío de conocimiento existente y generar las mejoras ya mencionadas en la atención del paciente oncológico.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en el Hospital General de Zona No. 50, SLP?

## **HIPÓTESIS**

### Hipótesis de estudio

La prevalencia de síntomas depresivos es mayor del 12.8% (37) en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP

### Hipótesis nula

La prevalencia de síntomas depresivos es menor del 12.8% (37) en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP.

### Hipótesis alterna

La prevalencia de síntomas depresivos es de 12.8% (37) en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica atendidos en Hospital General de Zona No. 50, SLP

### Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio
- Registrar las comorbilidades de los pacientes estudiados
- Determinar el tipo de neoplasia oncológica o hematológica en la población de estudio
- Señalar el tiempo de evolución de la neoplasia oncológica o hematológica
- Identificar la severidad de los síntomas depresivos en base al cuestionario de Beck en los pacientes estudiados
- Crear y validar el instrumento Cuestionario sobre la red de apoyo familiar y depresión
- Identificar la red de apoyo familiar mediante el Cuestionario sobre la red de apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos en la población de estudio
- Determinar si existe asociación entre los síntomas depresivos y la red de apoyo familiar en los pacientes con neoplasia hemato-oncológica del HGZ 50

## SUJETOS Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal.

### Ubicación espacio-temporal

El estudio fue llevado a cabo en el Hospital General de Zona No. 50, SLP durante el periodo mayo 2025 a diciembre 2025

### Criterios de selección de la muestra

#### Criterios de inclusión

- Pacientes con derechohabencia activa en el Hospital General de Zona No. 50, SLP
- Pacientes que tengan diagnóstico de neoplasia hematológica u oncológica de manera histopatológica
- Que se encuentren bajo esquema de tratamiento citotóxico (quimioterapia)
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que acepten participar en el estudio

#### Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico previo de depresión
- Pacientes con limitaciones físicas o cognitivas que impidan la aplicación de los instrumentos
- Pacientes que no sepan leer

#### Criterios de eliminación

- Pacientes que no completen el llenado correcto de los cuestionarios o que abandonen el estudio.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El tamaño de la muestra se determinó a conveniencia. Por un muestreo no probabilístico se conformó una población de 280 pacientes.

El análisis descriptivo se realizó con el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y con el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas según su distribución: media y desviación estándar para variables con distribución normal, y con mediana y rango intercuartílico para describir variables con distribución no normal.

Para validar la confiabilidad del instrumento propuesto, se realizó el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach para valorar la consistencia interna.

Con el fin de asociar los síntomas depresivos con la red de apoyo familiar se utilizó la prueba chi cuadrada siendo considerado como significativo un valor  $p < 0.05$ .

## ÉTICA

El presente estudio, se apegó a las normas de investigación establecidas en el Código de Nuremberg, observará los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18ª Asamblea General, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea, Tokio, Japón, Octubre 1975 y se apegará a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que la clasifica como: “Investigación sin riesgo: Ya que se trata de la aplicación de una escala para evaluar la depresión y la red de apoyo social percibidos en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, por ello no se puso en riesgo la integridad física y/o mental del paciente.

Esta investigación, en todas sus etapas, estuvo basada en los principios éticos del Informe Belmont de 1979, ya que se basa en mantener el respeto a su autonomía, confidencialidad y beneficencia, donde se asegura que durante el proceso de la investigación se evitó el daño, y se buscó intencionadamente un máximo beneficio y se procuró justicia bajo igualdad y sus necesidades individuales.

La base de datos que concentró la información personal de los pacientes, así como su información de contacto, existió en una única copia resguardada por los investigadores y fue manejada con estricta confidencialidad.

Ningún producto de la investigación expuso la identidad de los individuos partícipes y estos solo fueron utilizados para fines académicos y de investigación, en concordancia con lo establecido por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Dado que es un estudio que involucra la aplicación de un instrumento de evaluación, se realizó la elaboración o firma de un consentimiento informado.

Se mantuvo la confidencialidad de datos haciendo uso exclusivo de los datos de interés para el estudio y evitando utilizar datos sensibles y personales de los pacientes y sus familiares. Además la base de datos quedó bajo resguardo exclusivo del tesista.

## RESULTADOS

Cuadro 1: Análisis de fiabilidad del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1 ¿se ha sentido triste o deprimido?	65.65	76.043	0.293	0.915
P2 ¿se ha sentido sin esperanza respecto al futuro?	65.29	74.500	0.405	0.913
P3 ¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?	65.44	74.656	0.333	0.915
P4 ¿Ha tenido problemas para dormir o dormir en exceso?	65.86	74.288	0.330	0.915
P5 ¿Se ha sentido fatigado o sin energía?	65.93	76.472	0.226	0.916
P6 ¿Ha tenido pensamientos relacionados con no querer vivir o ideación suicida?	64.94	76.899	0.318	0.914
P7 ¿Cuenta usted con alguien con quien divertirse o pasar momentos agradables?	65.51	70.007	0.527	0.911
P8 ¿Cuenta usted con alguien con quien divertirse o pasar momentos agradables?	65.53	69.225	0.617	0.908
P9 ¿Con que frecuencia personas de su familia podrían brindarle apoyo emocional si lo necesitara?	65.29	69.031	0.731	0.905

P10 ¿Con que frecuencia personas de su familia podrían ayudarle con necesidades prácticas(ej. Ir al médico, tareas del hogar)?	65.25	69.753	0.668	0.906
P11 ¿De acuerdo a lo anterior cuántas personas de su familia le apoyan?	65.53	71.347	0.539	0.910
P12 ¿Con que frecuencia se siente satisfecho con el apoyo emocional que recibe de su familia?	65.23	70.043	0.710	0.906
P13 ¿Cuánto apoyo percibe que recibe de su familia en momentos de crisis?	65.18	70.744	0.696	0.906
P14 ¿Cuánto confía en que su familia le brindará el apoyo necesario durante su tratamiento?	64.96	72.228	0.739	0.906
P15 ¿Cómo calificaría la capacidad de su familia para ayudarle en tareas cotidianas relacionadas con su enfermedad (ej, recordar citas o gestionar medicamentos)?	65.10	70.850	0.690	0.906
P16 ¿Qué tanto apoyo recibe de su familia para tomar decisiones sobre su tratamiento oncológico?	65.05	70.811	0.720	0.906
P17 ¿Siente que su familia la comprende emocionalmente durante el proceso de su enfermedad?	65.25	69.428	0.757	0.904

P18 ¿Cree que el apoyo familiar ha influido en que usted presente síntomas depresivo?	65.16	71.918	0.553	0.909
P19 En general, ¿cómo calificaría el apoyo que recibe de su familia ante su enfermedad y tratamiento?	65.17	69.803	0.783	0.904
P20 ¿En qué medida considera que el apoyo familiar contribuye a su bienestar emocional durante su tratamiento?	65.06	71.974	0.656	0.907

En el análisis de fiabilidad de la escala propuesta, se halló un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.913 para el instrumento en general. Se omitieron del análisis los ítems 21 y 22 ya que se trata de preguntas de respuesta abierta y que además, no fueron del todo respondidas por los pacientes de este estudio. También cabe resaltar que el valor Alpha de Cronbach se incrementa a 0.916 si se elimina el ítem 5: "¿Se ha sentido fatigado o sin energía?" el cual podría ser factible de eliminarse, sin embargo, se decide conservarlo dado que es mínimo el efecto que tiene sobre el coeficiente Alpha de Cronbach.

Cuadro 2: Distribución por respuesta al ítem 1 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Se ha sentido triste o deprimido?	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	3	1.1%
Frecuentemente	26	9.3%
Algunas veces	188	67.1%
Nunca	63	22.5%

Total	280	100.0%
-------	-----	--------

En el análisis descriptivo del ítem número 1: “¿Se ha sentido triste o deprimido?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Algunas veces” en el 67.1% (n=188), seguido de “Nunca” con el 22.5% (n=63), “Frecuentemente” con el 9.3% (n=26), y finalmente “Todo el tiempo” con el 1.1% (n=3).

Cuadro 3: Distribución por respuesta al ítem 2 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Se ha sentido sin esperanza respecto al futuro?	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	2	0.7%
Frecuentemente	17	6.1%
Algunas veces	109	38.9%
Nunca	152	54.3%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 2: “¿Se ha sentido sin esperanza respecto al futuro?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Nunca” en el 54.3% (n=152), seguido de “Algunas veces” con el 38.9% (n=109), “Frecuentemente” con el 6.1% (n=17), y finalmente “Todo el tiempo” con el 0.7% (n=2).

Cuadro 4: Distribución por respuesta al ítem 3 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	7	2.5%
Frecuentemente	24	8.6%
Algunas veces	123	43.9%

Nunca	126	45.0%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 3: “¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Nunca” en el 45.0% (n=126), seguido de “Algunas veces” con el 43.9% (n=123), “Frecuentemente” con el 8.6% (n=24), y finalmente “Todo el tiempo” con el 2.5% (n=7).

Cuadro 5: Distribución por respuesta al ítem 4 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Ha tenido problemas para dormir o dormir en exceso?	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	15	5.4%
Frecuentemente	58	20.7%
Algunas veces	147	52.5%
Nunca	60	21.4%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 4: “¿Ha tenido problemas para dormir o dormir en exceso?” se halló mayormente la respuesta “Algunas veces” en el 52.5% (n=147), seguido de “Nunca” con el 21.4% (n=60), “Frecuentemente” con el 20.7% (n=58), y finalmente “Todo el tiempo” con el 5.4% (n=15).

Cuadro 6: Distribución por respuesta al ítem 5 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

“¿Se ha sentido fatigado o sin energía?”	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	6	2.1%
Frecuentemente	68	24.3%

Algunas veces	175	62.5%
Nunca	31	11.1%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 5: “¿Se ha sentido fatigado o sin energía?” se halló predominantemente la respuesta “Algunas veces” en el 62.5% (n=175), seguido de “Frecuentemente” con el 24.3% (n=68), “Nunca” con el 11.1% (n=31), y finalmente “Todo el tiempo” con el 2.1% (n=6).

Cuadro 7: Distribución por respuesta al ítem 6 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

“¿Ha tenido pensamientos relacionados con no querer vivir o ideación suicida?”	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	0	0.0%
Frecuentemente	4	1.4%
Algunas veces	42	15.0%
Nunca	234	83.6%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 6: “¿Ha tenido pensamientos relacionados con no querer vivir o ideación suicida?” se halló predominantemente la respuesta “Nunca” en el 83.6% (n=234), seguido de “Algunas veces” con el 15.0% (n=42), y finalmente “Frecuentemente” con el 1.4% (n=4).

Cuadro 8: Distribución por respuesta al ítem 7 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Cuenta usted con alguien con quien alguien con quien compartir sus temores o problemas emocionales?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	5.0%
Algunas veces	61	21.8%
Frecuentemente	47	16.8%
Todo el tiempo	158	56.4%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 7: “¿Cuenta usted con alguien con quien divertirse o pasar momentos agradables?” se halló mayormente la respuesta “Todo el tiempo” en el 56.4% (n=158), seguido de “Algunas veces” con el 21.8% (n=61), “Frecuentemente” con el 16.8% (n=47), y finalmente “Nunca” con el 5.0% (n=14).

Cuadro 9: Distribución por respuesta al ítem 8 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Cuenta usted con alguien con quien divertirse o pasar momentos agradables?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	2.9%
Algunas veces	67	23.9%
Frecuentemente	57	20.4%
Todo el tiempo	148	52.9%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 8: “¿Cuenta usted con alguien con quien divertirse o pasar momentos agradables?” se halló predominantemente la respuesta “Todo el tiempo” en el 52.9% (n=148), seguido de “Algunas veces” con el 23.9% (n=67), “Frecuentemente” con el 20.4% (n=57), y finalmente “Nunca” con el 2.9% (n=8).

Cuadro 10: Distribución por respuesta al ítem 9 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Con que frecuencia personas de su familia podrían brindarle apoyo emocional si lo necesitara?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	2.1%
Algunas veces	37	13.2%
Frecuentemente	57	20.4%
Todo el tiempo	180	64.3%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 9: “¿Con que frecuencia personas de su familia podrían brindarle apoyo emocional si lo necesitara?” se halló predominantemente la respuesta “Todo el tiempo” en el 64.3% (n=180), seguido de “Frecuentemente” con el 20.4% (n=42), “Algunas veces” con el 13.2% (n=37), y finalmente “Nunca” con el 2.1% (n=6).

Cuadro 11: Distribución por respuesta al ítem 10 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Con que frecuencia personas de su familia podrían ayudarle con necesidades prácticas (ej. Ir al médico, tareas del hogar)?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	2.1%
Algunas veces	38	13.6%
Frecuentemente	45	16.1%
Todo el tiempo	191	68.2%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 10: “¿Con que frecuencia personas de su familia podrían ayudarle con necesidades prácticas (ej. Ir al médico, tareas del hogar?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Todo el tiempo” en el 68.2% (n=191), seguido de “Frecuentemente” con el 16.1% (n=45), “Algunas veces” con el 13.6% (n=38), y finalmente “Nunca” con el 2.1% (n=6).

Cuadro 12: Distribución por respuesta al ítem 11 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿De acuerdo a lo anterior cuántas personas de su familia le apoyan?	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	0.7
1 a 2	62	22.1
3 a 4	87	31.1
5 o más	129	46.1
Total	280	100.0

Para el ítem número 11: “¿De acuerdo a lo anterior cuántas personas de su familia le apoyan?” se halló predominantemente la respuesta “5 o más” en el 46.1% (n=129), seguido de “3 a 4” con el 31.1% (n=87), “1 a 2” con el 22.1% (n=62), y finalmente “Ninguna” con el 0.7% (n=2).

Cuadro 13: Distribución por respuesta al ítem 12 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Con que frecuencia se siente satisfecho con el apoyo emocional que recibe de su familia?	Frecuencia	Porcentaje
---	------------	------------

Nunca	2	0.7
Algunas veces	36	12.9
Frecuentemente	55	19.6
Todo el tiempo	187	66.8
Total	280	100.0

Para el ítem número 12: “¿Con que frecuencia se siente satisfecho con el apoyo emocional que recibe de su familia?” se halló predominantemente la respuesta “Todo el tiempo” en el 66.8% (n=187), seguido de “Frecuentemente” con el 19.6% (n=55), “Algunas veces” con el 12.9% (n=36), y finalmente “Nunca” con el 0.7% (n=2).

Cuadro 14: Distribución por respuesta al ítem 13 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Cuánto apoyo percibe que recibe de su familia en momentos de crisis?	Frecuencia	Porcentaje
Nada de apoyo	5	1.8%
Poco apoyo	19	6.8%
Apoyo moderado	66	23.6%
Todo el apoyo	190	67.9%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 13: “¿Cuánto apoyo percibe que recibe de su familia en momentos de crisis?” se halló mayormente la respuesta “Todo el apoyo” en el 67.9% (n=190), seguido de “Apoyo moderado” con el 23.6% (n=66), “Poco apoyo” con el 6.8% (n=19), y finalmente “Nada de apoyo” con el 1.8% (n=5).

Cuadro 15: Distribución por respuesta al ítem 14 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Cuánto confía en que su familia le brindará el apoyo necesario durante su tratamiento?	Frecuencia	Porcentaje
Nada de confianza	3	1.1
Confianza mínima	10	3.6
Confianza moderada	29	10.4
Total confianza	238	85.0
Total	280	100.0

Para el ítem número 14: “¿Cuánto confía en que su familia le brindará el apoyo necesario durante su tratamiento?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Total confianza” en el 85.0% (n=238), seguido de “Confianza moderada” con el 10.4% (n=29), “Confianza mínima” con el 3.6% (n=10), y finalmente “Nada de confianza” con el 1.1% (n=3).

Cuadro 16: Distribución por respuesta al ítem 15 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Cómo calificaría la capacidad de su familia para ayudarle en tareas cotidianas relacionadas con su enfermedad (ej, recordar citas o gestionar medicamentos)?	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ayuda	8	2.9%
Ayuda mínima	12	4.3%
Ayuda moderada	48	17.1%
Ayuda total	212	75.7%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 15: “¿Cómo calificaría la capacidad de su familia para ayudarle en tareas cotidianas relacionadas con su enfermedad (ej, recordar citas o gestionar

medicamentos?” se halló mayormente la respuesta “Ayuda total” en el 75.7% (n=212), seguido de “Ayuda moderada” con el 17.1% (n=48), “Ayuda mínima” con el 4.3% (n=12), y finalmente “Nunca ayuda” con el 2.9% (n=8).

Cuadro 17: Distribución por respuesta al ítem 16 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Qué tanto apoyo recibe de su familia para tomar decisiones sobre su tratamiento oncológico?	Frecuencia	Porcentaje
Ningún apoyo	7	2.5%
Apoyo mínimo	13	4.6%
Apoyo moderado	36	12.9%
Apoyo total	224	80.0%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 16: “¿Qué tanto apoyo recibe de su familia para tomar decisiones sobre su tratamiento oncológico?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Apoyo total” en el 80.0% (n=224), seguido de “Apoyo moderado” con el 12.9% (n=36), “Apoyo mínimo” con el 4.6% (n=13), y finalmente “Ningún apoyo” con el 2.5% (n=7).

Cuadro 18: Distribución por respuesta al ítem 17 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Siente que su familia la comprende emocionalmente durante el proceso de su enfermedad?	Frecuencia	Porcentaje
---	------------	------------

Nunca	3	1.1%
Algunas veces	34	12.1%
Frecuentemente	61	21.8%
Todo el tiempo	182	65.0%
Total	280	100.0%

En el análisis descriptivo del ítem número 17: “¿Siente que su familia la comprende emocionalmente durante el proceso de su enfermedad?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “Todo el tiempo” en el 65.0% (n=182), seguido de “Frecuentemente” con el 21.8% (n=61), “Algunas veces” con el 12.1% (n=34), y finalmente “Nunca” con el 1.1% (n=3).

Cuadro 19: Distribución por respuesta al ítem 18 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Cree que el apoyo familiar ha influido en que usted presente síntomas depresivos?	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	6	2.1%
Frecuentemente	25	8.9%
Algunas veces	44	15.7%
Nunca	205	73.2%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 18: “¿Cree que el apoyo familiar ha influido en que usted presente síntomas depresivos?” se halló predominantemente la respuesta “Nunca” en el 73.2% (n=205), seguido de “Algunas veces” con el 15.7% (n=4), “Frecuentemente” con el 8.9% (n=25) y finalmente “Todo el tiempo” con el 2.1% (n=6).

Cuadro 20: Distribución por respuesta al ítem 19 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

En general, ¿cómo calificaría el apoyo que recibe de su familia ante su enfermedad y tratamiento?	Frecuencia	Porcentaje
Malo	4	1.4%
Regular	22	7.9%
Bueno	59	21.1%
Excelente	195	69.6%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 19: “En general, ¿cómo calificaría el apoyo que recibe de su familia ante su enfermedad y tratamiento?” se halló predominantemente la respuesta “Excelente” en el 69.6% (n=195), seguido de “Bueno” con el 21.1% (n=59), “Regular” con el 7.9% (n=22) y finalmente “Malo” con el 1.4% (n=4).

Cuadro 21: Distribución por respuesta al ítem 20 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿En qué medida considera que el apoyo familiar contribuye a su bienestar emocional durante su tratamiento?	Frecuencia	Porcentaje
No contribuye	4	1.4%
Contribuye poco	14	5.0%
Contribuye moderado	46	16.4%
Contribuye totalmente	216	77.1%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 20: “¿En qué medida considera que el apoyo familiar contribuye a su bienestar emocional durante su tratamiento?” se halló predominantemente la respuesta “Contribuye totalmente” en el 77.1% (n=216), seguido de “Contribuye moderado” con el 16.4% (n=46), “Contribuye poco” con el 5.0% (n=14) y finalmente “No contribuye” con el 1.4% (n=4).

Los ítems 21 y 22 se trataron de preguntas de respuesta abierta y no todos los pacientes respondieron a estas preguntas.

Cuadro 22: Distribución por respuesta al ítem 23 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

Quién le brinda más apoyo dentro de su familia	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	49	17.5%
Hijos	58	20.7%
Padres	19	6.8%
Hermanos	14	5.0%
Otro	11	3.9%
1 a 3 combinados	109	38.9%
Más de 3 combinados	20	7.1%
Total	280	100.0

En el análisis descriptivo del ítem número 23: “¿Quién le brinda más apoyo dentro de su familia?” se halló con mayor frecuencia la respuesta “1 a 3 combinados” en el 38.9% (n=109), seguido de “Hijos” con el 20.7% (n=58), “Pareja” con el 17.5% (n=49), “Más de 3 combinados” con el 7.1% (n=20), “Padres” con el 6.8% (n=19), “Hermanos” con el 5.0% (n=14), y finalmente “Otro” con el 3.9% (n=11).

Cuadro 23: Distribución por respuesta al ítem 24 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

¿Actualmente usted recibe apoyo psicológico o psiquiátrico?	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	7.1%
No	260	92.9%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 24: “¿Actualmente usted recibe apoyo psicológico o psiquiátrico?” se halló predominantemente la respuesta “No” en el 92.9% (n=260), mientras que la respuesta “Si” representó el 7.1% (n=20).

Cuadro 24: Distribución por respuesta al ítem 25 del Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y Depresión en pacientes oncológicos

En base a su estado emocional actual y en caso de que no cuente con apoyo psicológico o psiquiátrico ¿le gustaría recibirlo?	Frecuencia	Porcentaje
Si	136	48.6%
No	144	51.4%
Total	280	100.0%

Para el ítem número 24: “En base a su estado emocional actual y en caso de que no cuente con apoyo psicológico o psiquiátrico ¿le gustaría recibirlo?” se halló predominantemente la respuesta “No” en el 51.4% (n=144), mientras que la respuesta “Si” representó el 48.6% (n=136).

Cuadro 25: Distribución por grupos de edad en la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
29 o menos	6	2.1%
30 a 35	12	4.3%
36 a 40	16	5.7%
41 a 45	19	6.8%
46 a 50	32	11.4%
51 a 55	48	17.1%
56 a 60	40	14.3%
61 a 65	43	15.4%
66 a 70	29	10.4%
71 a 75	22	7.9%
76 a 80	8	2.9%
81 a 85	5	1.8%
Total	280	100.0%

El grupo de edad predominante fue el de 51 a 55 años con el 17.1% (n=48), seguido por 61 a 65 años con el 15.4% (n=43), y el grupo de 56 a 60 años con el 14.3% (n=40). El resto de los grupos de edad se desglosa en la tabla 25.

Cuadro 26: Distribución por sexo de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	72	25.7%
Mujer	207	73.9%
Otro	1	0.4%
Total	280	100.0%

En el análisis destructivo del sexo de los pacientes estudiados fue más frecuente el de mujer con el 73.9% (n=207), mientras que los hombres representaron el 25.7% (n=72).

Cuadro 27: Distribución por estado civil de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	52	18.6%
Casado	170	60.7%
Divorciado	15	5.4%
Viudo	37	13.2%
Unión libre	6	2.1%
Total	280	100.0%

En el análisis descriptivo del estado civil de la población de estudio se encontró como predominante casado representando el 60.7% (n=170), seguido en frecuencia por soltero con el 18.6% (n=52), viudo con el 13.2% (n=37), divorciado con el 5.4% (n=15), y por último unión libre con el 2.1% (n=6).

Cuadro 28: Distribución por nivel educativo de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	1	0.4%
Primaria incompleta	12	4.3%
Primaria completa	42	15.0%
Secundaria	77	27.5%
Preparatoria	53	18.9%
Licenciatura	70	25.0%
Otro	25	8.9%
Total	280	100.0%

El nivel educativo más prevalente en los pacientes estudiados fue el de secundaria con el 27.5% (n=77), seguido por licenciatura con el 25.0% (n=70), preparatoria con el

18.9% (n=53), primaria completa con el 15.0% (n=42), otro con el 8.9% (n=25), primaria incompleta con el 4.3% (n=12), y por último sin escolaridad con el 0.4% (n=1).

Cuadro 29: Distribución por diagnóstico hemato oncológico de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Leucemia	3	1.1%
Mieloma múltiple	15	5.4%
Cáncer de pulmón	16	5.7%
Cáncer renal	5	1.8%
Cáncer de mama	111	39.6%
Cáncer de próstata	6	2.1%
Linfoma	14	5.0%
Cáncer de tiroides	1	0.4%
Cáncer de estómago	7	2.5%
Cáncer de ovario	20	7.1%
Cáncer testicular	7	2.5%
Otro	75	26.8%
Total	280	100.0%

Los diagnósticos oncológicos más frecuentes en la población estudiada fueron cáncer de mama con el 39.6% (n=111), otro con 26.8% (n=75), y cáncer de ovario con el 7.1% (n=20). El resto de diagnóstico oncológicos se desglosa en la tabla 29.

Cuadro 30: Distribución por año de diagnóstico de la neoplasia hemato oncológica de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
2014	1	0.4%

2016	3	1.1%
2018	4	1.4%
2019	4	1.4%
2020	11	3.9%
2021	8	2.9%
2022	15	5.4%
2023	19	6.8%
2024	50	17.9%
2025	160	57.1%
2026	5	1.8%
Total	280	100.0%

En el análisis del año de diagnóstico se halló como más frecuente el año 2025 con el 57.1% (n=160), seguido por 2024 con el 17.9% (n=50), 2023 con el 6.8% (n=19), el resto de años son desglosados en la tabla 30.

Cuadro 31: Distribución por clasificación de síntomas depresivos en la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas depresivos mínimo	203	72.5%
Síntomas depresivos leve	39	13.9%
Síntomas depresivos moderado	26	9.3%
Síntomas depresivos grave	12	4.3%
Total	280	100.0%

Al clasificar la severidad de síntomas depresivos en los pacientes oncológicos se encontró con mayor frecuencia síntomas depresivos mínimo con el 72.5% (n=203), seguido por síntomas depresivos leve con el 13.9% (n=39), síntomas depresivos

moderado con el 9.3% (n=26) y por último se reportó síntomas depresivos grave en el 4.3% (n=12).

Cuadro 32: Distribución por percepción de apoyo familiar en la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo alto	232	82.9%
Apoyo moderado	47	16.8%
Apoyo bajo	1	0.4%
Total	280	100.0%

Se determinó como más frecuente la percepción de apoyo familiar alto con el 82.9% (n=232), seguido por percepción de apoyo familiar moderado con el 16.8% (n=47), y finalmente percepción de apoyo familiar bajo con el 0.4% (n=1).

Cuadro 33: Asociación de síntomas depresivos y apoyo familiar en la población estudiada

	Con síntomas depresivos		Sin síntomas depresivos		p
	n	%	n	%	
Apoyo familiar deficiente	25	32.5%	23	11.3%	<0.0001*
Apoyo familiar adecuado	52	67.5%	180	88.7%	

\* Prueba chi cuadrada

En el análisis de asociación de la depresión con el apoyo familiar se encontró que los pacientes con apoyo familiar deficiente (apoyo familiar bajo y moderado) tenían mayores tasas de síntomas depresivos (32.5% vs 11.3%,  $p < 0.0001$ ). Por lo que se demuestra una asociación altamente significativa.

## DISCUSIÓN

La depresión existe en un espectro que abarca desde la tristeza no patológica hasta un trastorno de adaptación, pasando por la depresión subclínica y la depresión mayor. La depresión puede ser consecuencia del estrés que supera la capacidad de una persona para adaptarse a los cambios de la vida, lo que provoca un estado de ánimo persistentemente bajo, desesperación, anhedonia y sentimientos de desesperanza. El estrés emocional puede provenir de un pronóstico desalentador o de la incertidumbre extrema que soportan los pacientes neoplásicos. Esto se ve agravado por los efectos negativos que un diagnóstico y tratamiento de cáncer pueden tener en el trabajo, la familia, la apariencia física, las capacidades, la independencia y las finanzas del paciente (47).

En este estudio se halló una prevalencia de síntomas depresivos moderado a grave de 13.6%. La cual se ha reportado ampliamente variable entre diversos estudios, por un lado, existe el reporte de una menor prevalencia hallada por Su et al. quien estudió un grupo de 300 pacientes mayores de 18 años diagnosticados con cáncer de mama hallando que la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue del 8.33% en pacientes con cáncer de mama (48).

Mientras que existen reportes con mayores prevalencias, como lo es la serie realizada por Levimoyo et al. quien llevó a cabo un estudio que incluyó a 91 mujeres con cáncer ginecológico se halló que la depresión en pacientes con cáncer ginecológico fue de 25.3% (49). Y también con una mayor prevalencia a la de este estudio, Rodrigues et al. reportó que en una población de 43 adultos con neoplasia se halló una prevalencia de depresión en pacientes con neoplasias endócrinas del 26% (50).

La diferencia en las prevalencias se puede explicar por el instrumento utilizado, mientras que en el presente estudio se usó la Escala de Depresión de Beck, en los estudios de Su et al., Levimoyo et al., y Rodrigues et al. se utilizó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

En otro rubro, los cambios en el sistema de salud han provocado una transición de la atención oncológica desde el ámbito hospitalario a la atención ambulatoria y domiciliaria. Este cambio también se ha traducido en una mayor participación familiar

en el cuidado diario de la persona con cáncer. Los pacientes con cáncer tienen necesidades multifacéticas, que incluyen el seguimiento de la enfermedad y el tratamiento, el manejo de los síntomas, la administración de medicamentos, el apoyo emocional, la asistencia con el cuidado personal y la asistencia con el instrumenta (51). El apoyo familiar puede ser importante para promover la salud física y psicológica. Los familiares ofrecen apoyo emocional, como estima, confianza, preocupación y escucha (52).

A pesar de ello, en el presente estudio el nivel de percepción del paciente sobre el apoyo familiar recibido fue mayormente alto (82.9%), y que existe una asociación altamente significativa entre la percepción de apoyo familiar y el nivel de depresión del paciente ( $p < 0.0001$ ). Esta asociación es previamente descrita también por Su et al. quien mostró que aquellos sin depresión mayor tenían un mejor apoyo familiar ( $p < 0.001$ ) (48).

Se ha descrito que algunas dificultades enfrentadas por las familias se refieren a la gestión del cuidado que involucra problemas físicos. El tratamiento se produce cuando los pacientes tienen problemas de movilidad física y necesitan ayuda para caminar, comer e higiene. Otros obstáculos se relacionan con el acceso a los servicios de salud: la ciudad de residencia de la familia está geográficamente alejada del servicio de referencia de oncología en el que se realiza el tratamiento. En estas situaciones, los desplazamientos generan cansancio y agotamiento físico, tanto en la familia como en el paciente, dificultando la gestión del cuidado, minando su eficacia, siendo visto como un sacrificio (53).

Sin embargo, debe reconocerse que un importante sesgo en la interpretación de los resultados es el hecho descrito por Lee et al. que la disminución del apoyo social emocional percibido fue el mejor predictor del estado de ánimo depresivo en pacientes con cáncer de mama durante el primer año tras el diagnóstico. Este hallazgo en base a un estudio donde se evaluaron el apoyo social percibido, la calidad de vida relacionada con la salud y el estado de ánimo depresivo al momento de la inscripción y 1 año después del diagnóstico de cáncer de mama en 286 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama en estadios I a III. En el momento del diagnóstico, las pacientes con cáncer de mama informaron mejor apoyo emocional ( $p = 0.004$ ),

informativo ( $p = 0.006$ ) y afectuoso ( $p = 0.002$ ), y peor estado de ánimo depresivo ( $p < 0.001$ ) que la población general. Sin embargo, después de 1 año, el apoyo social percibido en pacientes con cáncer de mama disminuyó significativamente y el estado de ánimo depresivo mejoró significativamente, volviéndose similar a las puntuaciones de la población general. En este estudio la mayoría de las pacientes (57.1%) fueron del año 2025 que se encuentra dentro del año reportado por Lee et al. como el de máximo apoyo al paciente, por lo que sería de interés valorar pacientes con mayor tiempo de evolución (54).

Para los médicos, es importante comprender las interacciones familiares durante el curso de la enfermedad y brindar información sobre cómo mejorar y mantener el apoyo y la funcionalidad familiar, entre las dificultades en la provisión del apoyo familiar es que muchos cuidadores y acompañantes tienen dificultades para saber qué tipo de apoyo brindar. Quizás la familia, los amigos y los profesionales clínicos deberían ser sensibles a las necesidades de los pacientes de apoyo concreto, específico, directivo o tangible, especialmente cuando enfrentan nuevos desafíos (diagnóstico, progresión de la enfermedad, cambio sustancial en el tratamiento) o desafíos que exceden sus habilidades (por ejemplo, administrar nuevos medicamentos o acompañamiento por las complejidades del sistema de atención médica), pero reservar el apoyo no directivo, emocional y motivacional para cuando los pacientes se enfrentan a desafíos o afecciones persistentes (55).

La conformación de las familias es un tema que no fue explorado en este estudio pero que resulta de vital importancia para determinar cómo influye en la depresión del paciente oncológico. En gran parte de la cultura anglosajona, una familia es un núcleo y está formada principalmente por padres e hijos. Los miembros de estas familias valoran la autonomía y la responsabilidad individual. Tienden a establecer límites claros entre ellos mismos y los demás. Son más propensos a asumir la plena responsabilidad de sus necesidades, y la falta de control sobre su cuerpo, acciones y emociones puede generar culpa. En contraste, la participación de la familia extendida durante la enfermedad es muy importante. Más específicamente, los hispanos definen a las familias como redes extensas de tíos, tías, primos y abuelos y promueven principios, valores y apoyos muy diferentes a las familias nucleares (56).

## LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio debe interpretarse considerando algunas limitaciones inherentes a su diseño metodológico. En primer lugar, al tratarse de un estudio observacional de tipo transversal, permite establecer asociaciones entre los síntomas depresivos y la red de apoyo familiar, pero no permite determinar relaciones causales ni temporalidad entre las variables analizadas.

Asimismo, el muestreo no probabilístico y la realización del estudio en una sola unidad hospitalaria pueden limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones con neoplasias hemato oncológicas; sin embargo, los hallazgos son representativos de la población atendida en la unidad de estudio y aportan evidencia relevante.

El uso de instrumentos de autorreporte puede estar sujeto a variabilidad en la percepción individual; no obstante, se emplearon herramientas con adecuado sustento teórico y se realizó un proceso de validación y análisis de consistencia interna del instrumento diseñado, lo que fortalece la confiabilidad de las mediciones.

Finalmente, algunos criterios de exclusión, como la presencia de diagnóstico previo de depresión o limitaciones cognitivas, pudieron influir en la estimación de la prevalencia; sin embargo, estos criterios se establecieron con la finalidad de reducir posibles factores de confusión y garantizar la adecuada aplicación de los instrumentos.

Los resultados obtenidos del presente estudio se proponen como la base de futuros estudios que exploren la aplicación del Cuestionario sobre la red de apoyo familiar y depresión en otras neoplasias, de modo que pueda incluirse en los algoritmos de atención en este hospital.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de síntomas depresivos en pacientes oncológicos es del 13.6% en pacientes adultos con neoplasia hemato oncológica.

La caracterización sociodemográfica de los pacientes se conforma de edad de 51 a 55 años, mayormente mujeres, con escolaridad de secundaria.

La neoplasia hemato oncológica más frecuente es cáncer de mama

Los síntomas depresivos son mayormente de grado mínimo.

El Cuestionario sobre la red de apoyo familiar y depresión tiene un Alpha de Cronbach de 0.913, lo que demuestra una alta confiabilidad.

El apoyo familiar se asocia muy significativamente con el nivel de a depresivos en el paciente con neoplasia hemato oncológica.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Meier C, Taubenheim S, Lordick F, Mehnert A, Götze H. Depression and anxiety in older patients with hematological cancer (70+)—Geriatric, social, cancer-and treatment-related associations. *Journal of Geriatric Oncology* 2020; 11(5):828-835
- 2.- Steiner D, Horváth E, Jørgensen H, Laugesen K, Ay C, Sørensen HT. Risk of depression after venous thromboembolism in patients with hematological cancer: a population-based cohort study. *Thrombosis and Haemostasis* 2025; 125(03):255-264
- 3.- Tsatsou I, Konstantinidis T, Kalemikerakis I, Adamakidou T, Vlachou E, Govina O. Unmet supportive care needs of patients with hematological malignancies: a systematic review. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2021; 8(1):5-17
- 4.- Gray TF, Temel JS, El-Jawahri A. Illness and prognostic understanding in patients with hematologic malignancies. *Blood reviews* 2021; 45:100692
- 5.- Shreders AJ, Niazi SK, Hodge DO, Chimato NT, Kureti M, Kirla N, et al. Correlation of sociodemographic and clinical parameters with depression and distress in patients with hematologic malignancies. *Annals of hematology* 2018; 97:519-528
- 6.- Hasegawa T, Okuyama T, Uchida M, Aiki S, Imai F, Nishioka M, et al. Depressive symptoms during the first month of chemotherapy and survival in patients with hematological malignancies: a prospective cohort study. *Psycho-Oncology* 2019; 28(8):1687-1694
- 7.- Clinton T, Carey M, Sanson R, Tzelepis F, Bryant J, Williamson A. Anxiety and depression among haematological cancer patients attending treatment centres: prevalence and predictors. *Journal of affective disorders* 2014; 165:176-181
- 8.- Zeilinger EL, Oppenauer C, Knefel M, Kantor V, Schneckenreiter C, Lubowitzki S, et al. Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or haematologic malignancies: a cross-sectional study. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2022; 31:e74
- 9.- Robbertz AS, Weiss DM, Awan FT, Byrd JC, Rogers KA, Woyach JA. Identifying risk factors for depression and anxiety symptoms in patients with chronic lymphocytic leukemia. *Supportive Care in Cancer* 2020; 28:1799-1807

- 10.- Dai H, Xu S, Han J, Li Z, Cao J, Hu T, et al. Prevalence and factors associated with anxiety and depressive symptoms among patients hospitalized with hematological malignancies after chimeric antigen receptor T-cell (CAR-T) therapy: a cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders* 2021; 286:33-39
- 11.- Wang X, Wang Y, Xin T. The psychometric properties of the Chinese version of the Beck Depression Inventory-II with middle school teachers. *Frontiers in Psychology* 2020; 11:548965
- 12.- Mostafa SMAH, Ahmed MN, Mullick MS, Chowdhury NF, Akhter F, Alam MS. Validation of the Bangla version of beck depression inventory-II. *Brain and Behavior* 2020; 10(3):e01563
- 13.- Hernández VAH, Marrufo RM, Del Villar OAE, Ramírez AJR. Validación de las escalas de Beck (ansiedad y depresión) en población fronteriza (norte de México) durante la pandemia por COVID-19. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies* 2022; 3(5):155-168
- 14.- Padrós F, Montoya KS, Bravo MA, Martínez MP. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, *Beck Anxiety Inventory*) en población general de México. *Ansiedad y Estrés* 2020; 26(2-3):181-187
- 15.- Proulx V, Allary A, Payette MC, Benyebdri F, Boudreau MM, Bernard C, et al. Social support and sleep quality in older benzodiazepine users. *Aging & Mental Health* 2020; 24(9):1437-1443
- 16.- Drageset J. Social Support. En: Haugan G, Eriksson M. (eds.) *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Springer Nature Switzerland AG 2021; pp. 137-144
- 17.- Rodríguez TC. Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social FuncionalDUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensamiento psicológico* 2014; 12(2):25-35
- 18.- Jolly PM, Kong DT, Kim KY. Social support at work: An integrative review. *Journal of organizational behavior* 2021; 42(2):229-251
- 19.- Tifferet S. Gender differences in social support on social network sites: A meta-analysis. *Cyberpsychology, behavior, and social networking* 2020; 23(4):199-209

- 20.- Husted I, Piil K, Tolver A, Grønbæk K, Kjeldsen L, Jarden M. Family caregiver ambassador support for caregivers of patients with newly diagnosed hematological cancer: a feasibility study. *Supportive Care in Cancer* 2022; 30(8):6923-6935
- 21.- Niscola P, de Fabritiis P, Cartoni C, Romani C, Sorrentino F, Dentamaro T, et al. Home care management of patients affected by hematologic malignancies: a review. *Haematologica* 2006; 91(11):1523-1529
- 22.- Stevenson W, Bryant J, Watson R, Sanson R, Oldmeadow C, Henskens F, et al. A multi-center randomized controlled trial to reduce unmet needs, depression, and anxiety among hematological cancer patients and their support persons. *Journal of Psychosocial Oncology* 2020; 38(3):272-292
- 23.- Kristjanson LJ, White K. Clinical support for families in the palliative care phase of hematologic or oncologic illness. *Hematology/Oncology Clinics* 2002; 16(3):745-762
- 24.- Beattie S, Lebel S. The experience of caregivers of hematological cancer patients undergoing a hematopoietic stem cell transplant: a comprehensive literature review. *Psycho-oncology* 2011; 20(11):1137-1150
- 25.- Yucel E, Zhang S, Panjabi S. Health-related and economic burden among family caregivers of patients with acute myeloid leukemia or hematological malignancies. *Advances in therapy* 2021; 1-23
- 26.- Yamaguchi S, Kaminogo K, Tokura T, Kimura H, Kishi S, Yamamoto N, et al. Postoperative social adaptation in correlation with the number of supporters for patients with oral cancer. *Oral Oncology Reports* 2023; 6:100054
- 27.- Dao TH, Lam LT, Balasooriya NN, Comans T. The medical outcome study social support survey (MOS-SSS): A psychometric systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2023; 79(12):4521-4541
- 28.- Merino C, Núñez MÁ, Domínguez MT, Toledano F, Moral de la Rubia J, Astudillo CI, et al. Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS) in patients with chronic disease: A psychometric assessment. *Frontiers in psychiatry* 2023; 13:1028342
- 29.- Mas L, Amador JA, Gómez J, Lalucat L. Validation of the modified DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire in patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013; 48:1675-1685

- 30.- Martins S, Martins C, Almeida A, Ayala L, Gonçalves A, Nunes C. The adapted DUKE-UNC functional social support questionnaire in a community sample of Portuguese parents. *Research on Social Work Practice* 2022; 32(5):596-606
- 31.- Lozano CM, Cladellas YP, Gil M, Garin O, Forés MF, del Cura I. Functional social support: A systematic review and standardized comparison of different versions of the DUFSS questionnaire using the EMPRO tool. *Plos one* 2023; 18(9):e0291635
- 32.- Gonzalez M, Bilbao A, Baré M, Briones E, Sarasqueta C, Quintana JM, Escobar A. Association of social support, functional status, and psychological variables with changes in health-related quality of life outcomes in patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology* 2016; 25(8):891-897
- 33.- Tao Y, Yu H, Liu S, Wang C, Yan M, Sun L, et al. Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC psychiatry* 2022; 22(1):345
- 34.- Wang L, Luo J, Li Y, Zhou Y, Wang W. Social support, anxiety, and depression in patients with prostate cancer: complete mediation of self-efficacy. *Supportive Care in Cancer* 2022; 30:6851-6856
- 35.- Fisher HM, Winger JG, Miller SN, Wright AN, Plumb JC, Majestic C, et al. Relationship between social support, physical symptoms, and depression in women with breast cancer and pain. *Supportive Care in Cancer* 2021; 29:5513-5521
- 36.- Cano EN, Galmich AA, Soto PA, Gutiérrez LE, Ochoa DA, González IB, et al. Depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes pediátricos con leucemia. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* 2022; 60(5):517
- 37.- Doubova SV, Terreros E, Delgado N, Montaña EH, Infante C, Pérez R. Experiences with health care and health-related quality of life of patients with hematologic malignancies in Mexico. *BMC health services research* 2020; 20:1-10
- 38.- Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, Teferra S. Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC cancer* 2019; 19:1-8
- 39.- Gise J, Cohen LL. Social support in parents of children with cancer: a systematic review. *Journal of Pediatric Psychology* 2022; 47(3):292-305

- 40.- Walker ZJ, Xue S, Jones MP, Ravindran AV. Depression, anxiety, and other mental disorders in patients with cancer in low-and lower-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *JCO global oncology* 2021; 7:1233-1250
- 41.- Kugbey N, Oppong K, Meyer A. Depression, anxiety and quality of life among women living with breast cancer in Ghana: mediating roles of social support and religiosity. *Supportive Care in Cancer* 2020; 28:2581-2588
- 42.- Zhang N, Wu J, Wang Q, Liang Y, Li X, Chen G, et al. Global burden of hematologic malignancies and evolution patterns over the past 30 years. *Blood Cancer Journal* 2023; 13(1):82
- 43.- International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Mexico Statistics at a glance, 2022. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/484-mexico-factsheet.pdf>
- 44.- Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry* 2020; 25(7):1487-1499
- 45.- Yoo H, Shin DW, Jeong A, Kim SY, Yang HK, Kim JS, et al. Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: a comparison between cancer patients and general population. *Japanese journal of clinical oncology* 2017; 47(8):728-734
- 46.- Usta YY. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012; 13(8):3569-3572
- 47.- Smith HR. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters* 2015; 9(4):1509-1514
- 48.- Su JA, Yeh DC, Chang CC, Lin TC, Lai CH, Hu PY, et al. Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2017; 2389-2396
- 49.- Lebimoyo A, Ola B, Adewuya A, Atilola O, Popoola A. Mental health and quality of life among patients with gynaecological cancers in Lagos, Nigeria. *Malaysian Journal of Psychiatry* 2020; 29(2):41-57

- 50.- Rodrigues KC, Toledo RA, Coutinho FL, Nunes AB, Maciel RM, Hoff AO, et al. Assessment of depression, anxiety, quality of life, and coping in long-standing multiple endocrine neoplasia type 2 patients. *Thyroid* 2017; 27(5):693-706
- 51.- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA: a cancer journal for clinicians* 2001; 51(4):213-231
- 52.- Tel H, Sari A, Aydin HT. Social support and depression among the cancer patients. *Glob J Med Res K: Interdiscip* 2013; 13(3):2249-4618
- 53.- Begnini D, Giradon NMO, Beuter M, Silva L, Sand ICPVD, Misko MD. Family experience living with advanced neoplasm: a glance at the rural population. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2020; 73(4):e20180895.
- 54.- Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, et al. Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Supportive Care in Cancer* 2011; 19(9):1379-1392
- 55.- Kowitt S, Yu S, Owens AK, Carey LA, Fisher EB. Social support needs among patients with advanced breast cancer: sensitivity trumps substance. *Journal of Community and Supportive Oncology* 2016; 14(12):509-514
- 56.- Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K, Hipolito MMS, Bailey TA, Beal JM. Understanding and treating depression among cancer patients. *International Journal of Gynecological Cancer* 2005; 15(2):203-208
- 57.- Park K, Jaekal E, Yoon S, Lee SH, Choi KH. Diagnostic utility and psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II among Korean adults. *Frontiers in Psychology* 2020; 10:2934
- 58.- Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44(1):127-139
- 59.- Rastegari L, Mossayebnezhad R, Hosseinkhani A, Arsang S. Perceived Stress and Social Support in Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic. *Nursing and Midwifery Studies* 2023; 12(1):42-47
- 60.- Dafaalla M, Farah A, Bashir S, Khalil A, Abdulhamid R, Mokhtar M, et al. Validity and reliability of Arabic MOS social support survey. *SpringerPlus* 2016; 5:1-7

61.- Wang C, Lin S, Ma Y, Wang Y. The mediating effect of social support on the relationship between perceived stress and quality of life among shidu parents in China. *Health and Quality of Life Outcomes* 2021; 19:1-10

62.- Soriano AM. Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos* 2014; 14:19-40

## ANEXOS

### Anexo 1: Hoja de recolección de datos

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:       Mujer  
              Hombre

Ocupación: Ama de casa  
              Estudiante  
              Empleado  
              Comerciante  
              Jubilado  
              Pensionado  
              Otra

Estado civil: Soltero  
               Unión libre  
               Casado  
               Divorciado  
               Viudo

Comorbilidades:   Diabetes mellitus  
                      Hipertensión arterial sistémica  
                      Obesidad  
                      EPOC  
                      Otra

Neoplasias hemato oncológicas: Leucemia linfocítica crónica  
  Linfoma de Hodgkin

Mieloma múltiple  
Síndrome mielodisplásico  
Otro:

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Red de apoyo familiar: No adecuada  
Adecuada

Cantidad de Apoyo Familiar: Malo  
Regular  
Adecuado

Calidad del Apoyo Familiar: Mala  
Moderada  
Adecuada

Funcionalidad del Apoyo Familiar: Malo  
Regular  
Adecuado

Evaluación Global de la Red de Apoyo Familiar: Malo  
Regular  
Adecuado

Depresión: Sin síntomas depresivos  
Síntomas depresivos leves  
Síntomas depresivos moderados  
Síntomas depresivos graves

## Anexo 2: CUESTIONARIO SOBRE LA RED DE APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

### Parte 1: Datos Demográficos

1. Edad: \_\_ años
2. Género:
  - A. Masculino
  - B. Femenino
  - C. Otro
3. Estado civil:
  - A. Soltero/a
  - B. Casado/a
  - C. Divorciado/a
  - D. Viudo/a
4. ¿Cuál es su diagnóstico oncológico?  

---
5. Tiempo desde el diagnóstico:  
\_\_ meses / \_\_ años

### Parte 2: Síntomas Depresivos (Escala de Depresión de Beck)

A continuación, te presento algunas preguntas para evaluar síntomas depresivos. Responde de acuerdo con la frecuencia con la que has experimentado estos síntomas en las últimas dos semanas.

1. ¿Te has sentido triste o deprimido/a?
  - A. Nunca
  - B. Algunas veces
  - C. Frecuentemente
  - D. Casi todo el tiempo
2. ¿Te has sentido sin esperanza respecto al futuro?
  - A. Nunca
  - B. Algunas veces
  - C. Frecuentemente

- D. Casi todo el tiempo
- 3. ¿Has perdido interés en actividades que antes disfrutabas?
  - A. Nunca
  - B. Algunas veces
  - C. Frecuentemente
  - D. Casi todo el tiempo
- 4. ¿Has tenido problemas para dormir o dormir en exceso?
  - A. Nunca
  - B. Algunas veces
  - C. Frecuentemente
  - D. Casi todo el tiempo
- 5. ¿Te has sentido fatigado/a o sin energía?
  - A. Nunca
  - B. Algunas veces
  - C. Frecuentemente
  - D. Casi todo el tiempo

### Parte 3: Red de Apoyo Familiar (Adaptación de SSQ, MOS-SSS y FSSQ)

A continuación, se presenta una serie de preguntas que evalúan la red de apoyo familiar percibido por el paciente.

#### Cantidad de Apoyo Familiar (Basado en SSQ)

1. ¿Cuántas personas en su familia cree que podrían brindarle apoyo emocional si lo necesitara?
  1. Ninguna
  2. 1 a 2 personas
  3. 3 a 5 personas
  4. Más de 5 personas
2. ¿Cuántas personas en su familia cree que podrían ayudarle si tuviera alguna necesidad práctica (por ejemplo, ir al médico, ayudar con la casa, etc.)?
  1. Ninguna
  2. 1 a 2 personas
  3. 3 a 5 personas

4. Más de 5 personas

Calidad del Apoyo Familiar (Basado en MOS-SSS y FSSQ)

3. En una escala del 1 al 5, ¿cuánto le satisface el apoyo emocional que recibe de su familia?
  - 1: Muy insatisfecho
  - 2: Insatisfecho
  - 3: Neutral
  - 4: Satisfecho
  - 5: Muy satisfecho
4. ¿Cuánto apoyo siente que recibe su familia en momentos de crisis?
  - 1: Ninguno
  - 2: Poco
  - 3: Moderado
  - 4: Mucho
  - 5: Todo el apoyo necesario
5. En una escala del 1 al 5, ¿cuánto confía en que su familia le brindará el apoyo necesario durante su tratamiento oncológico?
  - 1: Nada de confianza
  - 2: Poca confianza
  - 3: Confianza moderada
  - 4: Mucha confianza
  - 5: Total confianza

Funcionalidad del Apoyo Familiar (Adaptado de FSSQ)

6. ¿Cómo calificaría la capacidad de su familia para ayudarle en tareas cotidianas relacionadas con su enfermedad (como recordar las citas médicas o gestionar los medicamentos)?
  - 1: Ninguna ayuda
  - 2: Ayuda mínima
  - 3: Ayuda moderada
  - 4: Ayuda considerable
  - 5: Ayuda total

7. ¿Cuánto apoyo recibe de su familia en términos de la toma de decisiones sobre su tratamiento oncológico?

- 1: Ningún apoyo
- 2: Poco apoyo
- 3: Apoyo moderado
- 4: Mucho apoyo
- 5: Total apoyo

#### Parte 4: Evaluación Global de la Red de Apoyo Familiar

1. En una escala del 1 al 5, ¿cómo calificaría el apoyo global que recibe de su familia en relación con su diagnóstico y tratamiento oncológico?

- 1: Muy bajo
- 2: Bajo
- 3: Moderado
- 4: Alto
- 5: Muy alto

2. ¿En qué medida considera que el apoyo familiar contribuye a su bienestar emocional durante su tratamiento oncológico?

- 1: No contribuye
- 2: Poco contribuye
- 3: Contribuye moderadamente
- 4: Contribuye mucho
- 5: Contribuye totalmente

#### Parte 5: Opiniones Abiertas

1. ¿Qué aspectos del apoyo familiar considera más importantes para su bienestar emocional durante el tratamiento oncológico?

---

2. ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre la red de apoyo que recibe?

---



**Carta de consentimiento informado para participación en  
protocolos de investigación en salud  
(adultos)**

San Luis Potosí, SLP. A            de            2025  
Lugar y fecha

Título del protocolo:

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIA HEMATO ONCOLÓGICA ATENDIDOS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 50, SLP

Justificación y objetivo de la investigación:

**¿Por qué se hace esta investigación y para qué sirve?**

Muchas personas con enfermedades graves como el cáncer pueden presentar síntomas de tristeza o depresión. Algunos estudios dicen que tener apoyo de la familia puede ayudar a sentirse mejor. Por eso, queremos saber cuántos pacientes presentan síntomas depresivos y si esto tiene relación con el apoyo que reciben de su familia.

Procedimientos y duración de la investigación

**¿Qué se me va a pedir que haga?**

Le vamos a pedir que conteste un cuestionario con preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente y qué tanto apoyo siente que recibe de su familia. Responder tomará aproximadamente 20 minutos.

Riesgos y molestias:

**¿Hay algún riesgo o molestia?**

No hay riesgos graves. Algunas preguntas podrían hacerle sentir un poco incómodo o triste, pero puede dejar de contestar en cualquier momento si así lo desea.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

**¿Voy a recibir algún beneficio por participar?**

No se le dará ningún pago o remuneración económica. Sin embargo, su participación nos ayudará a mejorar la atención que se les da a personas con su misma enfermedad. Además, si el cuestionario muestra que podría tener síntomas depresivos importantes, se le canalizará al área correspondiente del hospital para una valoración más detallada.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

**¿Puedo decidir no participar o salirme después?**

Sí. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que eso afecte su atención médica ni el trato que recibe en el hospital. Solo tiene que informarlo al responsable del estudio.

Privacidad y confidencialidad:

**¿Se va a cuidar mi información?**

Sí. Toda la información que usted comparta será confidencial. No se pedirá su nombre, dirección, número de seguro ni ningún dato personal. Se usará un código para identificar sus respuestas.

Los datos solo se usarán con fines científicos, no se compartirán con nadie fuera del equipo de investigación y serán guardados de manera segura.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador Responsable:

Jorge Alfredo García Hernández, Jorge David Perez Rodríguez, Ethel Sandra Marina Reyes Salinas, Jesica Abigail Delgadillo, Orta Tania Yaneli Serrano Acosta

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité local de Ética de investigación en Salud del CNIC del IMSS 2402.

**Declaración de consentimiento:**

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 2 años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2

## Anexo 4. Confidencialidad de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Hospital General de Zona No. 50

San Luis Potosí 29 de marzo de 2025

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de Hospital General de Zona No. 50 OOAD SLP que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIA HEMATO ONCOLÓGICA ATENDIDOS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 50, SLP** es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la realización de un cuestionario y de la recolección de los siguientes datos de los pacientes clínicos:

- a) Iniciales, edad, sexo y comorbilidades
- b) Diagnóstico oncológico, duración
- c) Síntomas depresivos e información sobre red de apoyo familiar

### MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en los cuestionarios a realizar/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIA HEMATO ONCOLÓGICA ATENDIDOS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 50, SLP**, cuyo propósito es producto generar una tesis de posgrado y un artículo científico.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Nombre y firma

Jorge Alfredo García Hernández  
Investigador principal

Jorge David Perez Rodríguez  
Coinvestigador

Ethel Sandra Marina Reyes Salinas  
Coinvestigador

Jesica Abigail Delgadillo Orta  
Coinvestigador

Tania Yaneli Serrano Acosta  
Coinvestigador



## **Carta de Consentimiento Informado para Expertos Participantes en la Validación de un Instrumento de Investigación**

**Lugar y fecha:**

**Título del estudio:**

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA RED DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES ADULTOS CON NEOPLASIA HEMATO ONCOLÓGICA ATENDIDOS EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 50, SLP

### **Objetivo de la investigación**

El presente estudio tiene como objetivo principal conocer la prevalencia de síntomas depresivos y su asociación con la red de apoyo familiar en pacientes adultos con neoplasias hemato-oncológicas. Para ello, se ha diseñado un instrumento denominado “Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y en Pacientes Oncológicos” que requiere ser validado a través del juicio de expertos con el fin de asegurar su claridad, relevancia y pertinencia.

### **¿En qué consiste su participación?**

Se le invita a participar como experto en el proceso de validación de contenido del instrumento elaborado. Su colaboración consistirá en evaluar cada ítem del cuestionario con base en criterios como claridad, relevancia y congruencia, utilizando una escala previamente definida. Esta evaluación podrá realizarse de manera presencial o en línea y tomará aproximadamente entre 20 y 30 minutos. Posteriormente, se realizará un análisis estadístico (Alfa de Cronbach) con los datos obtenidos.

### **Riesgos y beneficios**

Su participación no implica ningún riesgo físico o emocional. Tampoco se otorgará compensación económica, ya que se trata de una colaboración voluntaria de carácter académico y científico. Sin embargo, su aportación será reconocida en los agradecimientos del estudio (si así lo desea) y contribuirá significativamente a la mejora de las herramientas utilizadas para evaluar el apoyo familiar en contextos clínicos.

### **Confidencialidad**

Toda la información proporcionada durante su participación será tratada de forma estrictamente confidencial. Sus datos personales no serán divulgados ni usados para ningún otro fin que no sea el establecido en este protocolo. La participación podrá ser anónima o identificada según su preferencia.

### **Participación voluntaria**

Su participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que esto le ocasione ninguna consecuencia. En caso de dudas o aclaraciones, podrá comunicarse con el responsable del estudio.

Nombre y firma del investigador responsable

---

Dr. Jorge Alfredo García Hernández

Nombre y firma del experto participante

---

## Anexo 6: Desglose de procedimientos e instrumentos utilizados

Para evaluar la sintomatología depresiva se aplicó la Escala de Depresión de Beck (BDI) (57) que se especifica en el apartado 2 del instrumento de evaluación.

### FASE CUALITATIVA

Para evaluar la red de apoyo familiar se creó un cuestionario denominado Cuestionario sobre la Red de Apoyo Familiar y en Pacientes Oncológicos. El instrumento de evaluación se conforma por 5 apartados:

- 1.- datos demográficos
- 2.- síntomas depresivos
- 3.- red de apoyo familiar
- 4.- evaluación global de la red de apoyo familiar
- 5.- opiniones abiertas

El primero constituye los datos demográficos, donde se recopilan la edad, género, estado civil, diagnóstico oncológico y tiempo desde el diagnóstico.

La segunda parte se conforma por síntomas depresivos, tiene como objetivo evaluar la presencia y frecuencia de síntomas depresivos recientes. Incluye cinco ítems que abordan estado de ánimo, esperanza en el futuro, interés por actividades, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía. Apoya en medir el nivel de sintomatología depresiva, clave para el objetivo principal de esta investigación.

El tercero se conforma por la red de apoyo familiar. Su objetivo es evaluar la percepción del paciente sobre el apoyo familiar que recibe. Está dividida en tres subdimensiones: 1. Cantidad de Apoyo Familiar, en este apartado se pregunta por el número de personas que pueden brindar apoyo emocional o práctico; 2. calidad del apoyo familiar, en estos ítems se cuestiona sobre el nivel de satisfacción con el apoyo emocional, el apoyo recibido en crisis, la confianza en el apoyo familiar durante el tratamiento; el apartado 3. determina la funcionalidad del apoyo familiar pretende evaluar la capacidad de la familia para apoyar en tareas cotidianas relacionadas con

la enfermedad y el apoyo en la toma de decisiones sobre el tratamiento, para poder evaluar diferentes aspectos del apoyo familiar, no solo la cantidad, sino la calidad y eficacia funcional.

La cuarta parte, determina la evaluación global de la red de apoyo familiar y tiene como objetivo obtener una valoración general del paciente sobre el apoyo familiar. Incluye la evaluación global del apoyo familiar, el grado en que el apoyo familiar contribuye al bienestar emocional. Resume la percepción integral del apoyo, útil para análisis correlacionales con síntomas depresivos.

Por último, en el quinto apartado se encuentran las opiniones abiertas y tiene la finalidad de recoger información cualitativa que complemente los datos cuantitativos. Incluye los aspectos del apoyo familiar más importantes para el bienestar emocional y comentarios adicionales sobre la red de apoyo. Aporta contexto personal y puede enriquecer el análisis con ejemplos o situaciones particulares.

Para la validación del contenido del instrumento se realizó una aproximación teórica basada en el conocimiento existente sobre redes de apoyo familiar y síntomas depresivos. Los ítems fueron seleccionados a partir de instrumentos validados previamente, específicamente:

- 1: Escala de Depresión de Beck (BDI)
- 2: Cuestionario de Apoyo Social (SSQ)
- 3: Cuestionario del Estudio de Resultados Médicos (MOS)
- 4: Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC modificado o FSSQ

De los cuales se seleccionaron los ítems correspondientes a las dimensiones que se busca investigar.

La Cantidad de Apoyo Familiar se basó en el Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) el cual mide tres aspectos del apoyo social percibido: el número percibido de diferentes tipos de personas de apoyo (SSQ-N), la satisfacción con el apoyo social (SSQ-S) y el apoyo social percibido de diferentes proveedores de apoyo social (58). Varios investigadores han confirmado la validez del SSQ y han reportado un alfa de Cronbach de entre 0.84 y 0.90 (59)

Este apartado también se basó en la encuesta MOS es autoadministrada y fue desarrollada para pacientes en el Estudio de Resultados Médicos (MOS), un estudio

de dos años de pacientes con enfermedades crónicas. Esta encuesta fue diseñada para ser exhaustiva en términos de pensamiento reciente sobre las diversas dimensiones del apoyo social. Además, fue diseñada para ser distinta de otras medidas relacionadas. Es altamente confiable al hallarse Alpha de Cronbach mayor a 0.9 en los estudios (60).

El apartado que evalúa la Calidad del Apoyo Familiar, está basado en los instrumentos MOS y el FSSQ que es una adaptación del Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC que fue desarrollado por Broadhead, Gehlbach, DeGruy y Kaplan en 1988 para evaluar la percepción del individuo de la cantidad y el tipo de apoyo social personal. Consta de ocho ítems Likert de cinco categorías. Es una herramienta de autoevaluación diseñada para medir la percepción individual del apoyo social funcional percibido. Una puntuación más alta refleja un mayor apoyo social. Se ha descrito una alta consistencia con un alfa de Cronbach de 0.94 (61).

El apartado denominado Funcionalidad del Apoyo Familiar está basado en el instrumento FSSQ.

Respecto a la forma de aplicar el instrumento propuesto, primeramente, será solicitará la autorización del comité de investigación del Hospital General de Zona No. 50 para llevar a cabo el estudio, solo hasta obtener tal aprobación se procederá a conformar la población de estudio mediante la invitación directa de los pacientes en las consultas de seguimiento por parte del tesista, una vez aceptada la participación se aplicará una entrevista donde se aplicará el instrumento “CUESTIONARIO SOBRE LA RED DE APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”.

Una vez creado este instrumento de pasó a la ronda de expertos para que mediante el juicio correspondiente y la previa firma de consentimiento informado para su participación (Anexo 4), realizaron la validez correspondiente quienes determinaron la claridad, suficiencia y congruencia de los ítems. Finalmente se realizó la aproximación a la población mediante una prueba piloto para determinar el grado de entendimiento de cada ítem.

Se integró la validez de constructo mediante la agrupación de los ítems en base a la evaluación de las siguientes dimensiones:

Cantidad de Apoyo Familiar (Apartado 3.1)

Calidad del Apoyo Familiar (Apartado 3.2)

Funcionalidad del Apoyo Familiar (Apartado 3.3)

Evaluación Global de la Red de Apoyo Familiar (Apartado 3.4)

Posteriormente se determinó la consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach (ya que se trata de una escala de respuestas politómicas), siendo considerado como suficiente un valor  $\alpha > 0.70$  (62).