

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos en un hospital
de Arequipa**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Chávez Gonzales, Fernanda Verónica

ORCID: 0009-0004-4980-7435

Pari Medina, Alexandra Ximena

ORCID: 0009-0000-2016-1974

para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Asesor:

Mg. Cartagena López, Jorge Brayan

ORCID: 0009-0004-8625-6361

Arequipa- Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Octubre del 2024

Dictamen: 011688-C-EPSIC-2024

Visto el borrador del expediente 011688, presentado por:

2019100852 - PARI MEDINA ALEXANDRA XIMENA

2019205552 - CHÁVEZ GONZALES FERNANDA VERÓNICA

Titulado:

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE
AREQUIPA**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29281582 - VILCHES VELASQUEZ FLOR ALEIDA
DICTAMINADOR**



**29606304 - PUMA HUACAC ROGER FREDDY
DICTAMINADOR**



**43439922 - PERLACIOS CRUZ CARLOS EDUARDO
DICTAMINADOR**



Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos en un hospital de Arequipa

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	<1%
5	dspaceapi.uai.edu.ar Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.umariana.edu.co Fuente de Internet	<1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
8	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
9	revistas.udea.edu.co Fuente de Internet	<1%

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres por haberme apoyado durante esta gran etapa de mi vida, por tener paciencia y comprensión conmigo. A mi hermano por acompañarme en todo este proceso; y a toda mi familia por brindarme su apoyo de manera incondicional. A mis docentes por sus enseñanzas brindadas y a todas las personas que actualmente son o fueron cuidadores de un paciente oncológico por su fe y esfuerzo en el cuidado. A mi compañera de tesis por estar conmigo y su apoyo brindado.

Fernanda Verónica Chávez Gonzales

A mi familia quienes me brindaron su apoyo y comprensión durante el desarrollo de mi carrera universitaria. Para todas aquellas personas que cumplen o cumplieron el rol de ser cuidador de un paciente oncológico y aunque sea difícil tienen valentía y conservan la esperanza de que su familiar pueda curarse algún día. Por último, a mi compañera de tesis por bríndame su apoyo.

Alexandra Ximena Pari Medina

Agradecimiento

Agradecemos a nuestras familias quienes nos brindan su apoyo incondicional y nos motivan a ser mejor cada día. A mis docentes que me guiaron durante mi formación académica. Finalmente, a las participantes y autoridades quienes nos dieron la oportunidad de realizar esta investigación.



RESUMEN

El estrés, problemas económicos, problemas familiares, duelo anticipatorio, falta de tiempo, recursos y la elevada carga emocional que provoca ser cuidador de un paciente oncológico podría impactar en su salud mental provocando la aparición de ansiedad y depresión. Aunque no sufran enfermedad, también deberíamos considerar su salud mental durante el periodo de cuidado del paciente. Por ello, en esta investigación se pretende determinar si existe una correlación entre los niveles de ansiedad, depresión y cuidadores de pacientes oncológicos en un hospital de Arequipa. Para ello utilizamos un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental de tipo transeccional correlacional en una muestra no probabilístico que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Para valorar los niveles utilizamos el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. Mientras que para el análisis de datos utilizamos el programa estadístico SPSS en la versión 22. 0. 00. En este estudio participaron 65 cuidadores de entre 18 a 85 años de edad, de los cuales el 69.23% de los participantes son el sexo femenino y la mayor parte de los cuidadores son hijos o hijas de los pacientes. De esta muestra el 64.6% de los cuidadores de paciente oncológicos presentaron niveles graves de ansiedad, mientras el 58% presentaron niveles graves de depresión. El *Rho de Spearman* fue de .606, ($p < .05$) por lo tanto, concluimos que si existe una correlación directa y estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión en los cuidadores de pacientes oncológicos, se utilizó el programa estadístico SPSS en la versión 22.0.00 para el análisis de datos.

Palabras clave: cuidadores, depresión, ansiedad

ABSTRACT

Stress, economic problems, family problems, anticipatory grief, lack of time, resources, and the high emotional burden of being a caregiver of an oncology patient could impact on their mental health causing the appearance of depressive and anxious symptoms. Even if they do not suffer from the disease, we should also consider their mental health during the period of patient care. Therefore, in this research we intend to determine whether there is a correlation between the levels of anxiety, depression, and caregivers of oncology patients in a hospital in Arequipa. For this purpose, we will use a quantitative approach with a non-experimental design of transectional correlational type in a non-probabilistic sample that meets the inclusion and exclusion criteria. To assess the levels we will use the Beck Depression and Anxiety Inventory. While for data analysis we will use the statistical program SPSS in version 2. 3. 18. In this study, 65 caregivers between 18 and 85 years of age participated, of which 69.23% of the participants were female and most of the caregivers were sons or daughters of the patients. Of this sample, 64.6% of the caregivers of cancer patients presented severe levels of anxiety, while 58% presented severe levels of depression. Spearman's Rho was .606, ($p < .05$) therefore, we conclude that there is a direct and statistically significant correlation between anxiety levels and depression levels in caregivers of oncology patients, using the SPSS statistical program in version 22.0.00 for data analysis.

Key words: caregivers, depression, anxiety

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
CAPÍTULO I. PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	1
Introducción.....	1
Pregunta de Investigación.....	3
Variables.....	4
Variable 1: Ansiedad	4
Variable 2: Depresión	4
Objetivo	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
Antecedentes Teórico-Investigativos	5
Ansiedad	5
Depresión.....	9
Características de Cuidadores de Pacientes Oncológicos.....	12
Hipótesis.....	22
CAPÍTULO II. MÉTODO	23
Método.....	23
Instrumentos	23
Instrumento 1. Ficha de Datos Personales	23
Instrumento 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	24
Instrumento 3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	25
Participantes	26
Criterio de inclusión.....	27
Criterios de exclusión	27
Procedimiento.....	27

Consideraciones Éticas.....	28
Análisis de datos.....	29
CAPÍTULO III. RESULTADOS	30
Resultados.....	30
Discusión.....	40
Conclusiones.....	50
Primera.....	50
Segunda.....	50
Tercera.....	50
Cuarta.....	50
Quinta.....	50
Sugerencias.....	51
Primera.....	51
Segunda.....	51
Tercera.....	51
Cuarta.....	51
Quinta.....	51
Limitaciones	53
Primera.....	53
Segunda.....	53
Tercera.....	53
Referencias	54
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA.....	62
ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	63
Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	65
ANEXO 4: NUBE DE PUNTOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	71
Nube de puntos de Ansiedad y Depresión.....	71
ANEXO 5: DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACIÓN	72
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Características sociodemográficas de los participantes</i>	30
Tabla 2	<i>Características Clínicas de los Pacientes Oncológicos</i>	32
Tabla 3	<i>Niveles de Ansiedad.....</i>	33
Tabla 4	<i>Niveles de Depresión</i>	33
Tabla 5	<i>Prueba de Normalidad de las variable de ansiedad y depresión.....</i>	34
Tabla 6	<i>Correlaciones entre las dimensiones de las variable de ansiedad y depresión ...</i>	35
Tabla 7	<i>Asociación entre las variables de ansiedad, depresión y Características sociodemográficas</i>	36
Tabla 8	<i>Asociación entre las variables de ansiedad, depresión y Características Clínicas.</i>	

CAPÍTULO I. PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

Introducción

En la actualidad los problemas que influyen sobre la ansiedad y depresión van en un constante aumento, dándose así la preocupación por los cuidadores de pacientes provocando enfermedades crónico-degenerativas debido a la inversión de tiempo y dedicación.

Se debe tomar en cuenta que, al referirnos a cuidadores, nos referimos a familiares de los mismos pacientes que no tienen una formación profesional orientada al cuidado de pacientes y por lo tanto no están preparados para ejercer el rol de cuidadores, sin embargo, de igual manera lo ejercen y desempeñando un rol vital en el bienestar del paciente incluyendo el emocional y físico (Sun et al., 2019).

La sobrecarga que llegan a tener los cuidadores de pacientes con enfermedades crónico- degenerativas tiene consecuencias sobre la salud psicológica y física del cuidador. Además, se considera que la preocupación repercute de forma negativa, afectando a su propia calidad de vida y satisfacción, teniendo en cuenta como factores importantes al tiempo de hospitalización de la persona cuidada y algunos factores económicos como los costos globales de salud (Blanco et al., 2019).

Esta preocupación o angustia que permanece a lo largo de un periodo extenso podría provocar repercusiones prolongadas en la vida del cuidador en áreas sociales, áreas económicas y salud mental ya que constantemente lidian con la incertidumbre del diagnóstico, los costos, entre otros (Castillo et al., 2022).

La sobrecarga que tiene un cuidador de un paciente con cáncer puede repercutir afectando de forma desfavorable la calidad de la asistencia y el cuidado que proporciona a su

familiar (Blanco et al., 2019). En base a lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud el cáncer es una de las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad junto a las enfermedades cardiovasculares. Además, se cree que a incidencia del cáncer experimentará un alza en los próximos dos decenios, lo cual tendrá un efecto en la comunidad y los sistemas de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La ansiedad es una problemática ampliamente estudiada que afecta al ser humano, esta se encuentra entre las patologías de salud mental más prevalentes, que afectan a personas de todas las etapas de la vida. Cedillo (2017) postuló que la ansiedad puede referirse a una variedad de fenómenos con la presencia de la angustia o temor, produciendo cambios en la estabilidad emocional orientada a un futuro, es por ello la necesidad de conocer y tener en cuenta los factores por los cuales se presenta esta problemática. Sadock et al. (2019) definen la depresión como un estado de ánimo depresivo, anhedonia, variaciones en el apetito, insomnio o hipersomnia, cansancio, sentimientos de culpabilidad y aislamiento social durante un periodo de tiempo prolongado.

De acuerdo con Amador Ahumada et al. (2020) se identificó niveles de sobrecarga intensa en cuidadores sin experiencia afectando el aspecto emocional debido a la falta de acompañamiento institucional de salud, exceso de responsabilidad e ineficacia de las políticas públicas que aparta al familiar o cuidador, así como también la soledad que genera el cuidado del paciente al cuidador.

Por ello se debe tomar en cuenta la salud mental del familiar o cuidador quienes son parte del soporte del paciente oncológico y también merecen ser reconocidos por su labor basada en el afecto a su familiar. De esta manera se debe considerar la imperiosa y vital necesidad de compartir el cuidado del paciente con otros miembros de la familia (Castillo et

al., 2022).

Si bien existen investigaciones que profundizan en la salud mental y el cuidado del paciente oncológico, consideramos que las investigaciones o artículos actuales encontrados en español que aborden el estado mental del cuidador del paciente oncológico son escasos. Es por ello por lo que nosotros como futuro personal de salud proponemos resaltar la relevancia del cuidado de la salud mental de los cuidadores.

El objetivo de la presente tesis fue establecer una relación entre los niveles ansiedad y depresión en los cuidadores de paciente oncológicos, que es entendido como el familiar que cuida al paciente oncológico. Para lograr el objetivo utilizamos el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la correlación entre los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Arequipa?

Variables

Variable 1: Ansiedad

Puede definirse la ansiedad como una reacción al miedo, siendo causada por diversas cosas, situaciones, contratiempos que va experimentando la persona debido al desagrado o al temor hacia ellas, afectando a el sistema fisiológico, cognitivo y al motivacional (Beck et al., 1985).

La variable se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad de Beck que tienen las dimensiones somático y afectivo- cognitivo. La entrega de resultado general de ansiedad se describe en niveles clasificados como mínimo, leve, moderado y grave.

Variable 2: Depresión

La depresión se distingue por la presencia de pensamientos y percepciones negativas que persisten y se repiten, dificultando la concentración en estímulos externos y la resolución de problemas, esta condición puede llevar a la persona a enfrentarse a situaciones difíciles, complicando responder adecuadamente a los estímulos externos por interpretaciones negativas de la realidad (Beck et al., 1979).

La variable se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck que incluye cuatro dimensiones que son cognitivo- afectivo y somático-conductual. La entrega de resultado general de depresión se describe en niveles clasificados como mínimo, leve, moderado y grave.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la correlación entre los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Arequipa.

Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Arequipa.
- Identificar los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Arequipa.
- Identificar los niveles de depresión en cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Arequipa.
- Evaluar los niveles de ansiedad y depresión con las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Arequipa.

Antecedentes Teórico-Investigativos

Ansiedad

Puede definirse la ansiedad como una reacción al miedo, siendo causada por diversas cosas, situaciones, contratiempos que va experimentando la persona debido al desagrado o al temor hacia ellas, afectando a el sistema fisiológico, cognitivo y al motivacional (Beck et al., 1985).

Prevalencia. Las mujeres suelen tener una tendencia más alta a sufrir un episodio de

ansiedad generalizada en comparación a los varones, así como también su mayor prevalencias en la edad media de la vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En una investigación se encontró que las mujeres mostraban una peor percepción de su salud (46,3% frente a 32,0%) y salud mental (23,3% frente a 13,9%) en comparación con los hombres. También tenían más problemas relacionados con la ansiedad y la depresión (35,0% frente a 21,4%), junto con la presencia del dolor y malestar (52,8% frente a 31,1%); además, el modelo de regresión indicó que las mujeres tienen un riesgo elevado de sufrir fatiga y sobrecarga en relación con los hombres. (Mosquera et al., 2019).

Factores de la Ansiedad. Villafuerte & Zúñiga (2023) mencionan que existen cuatro aspectos clave para evaluar la ansiedad. Estos factores son fundamentales para comprender y analizar adecuadamente la situación o fenómeno en cuestión; los cuales son presentados:

Subjetivo. Este factor se basa en manifestaciones vinculadas al miedo, la aprensión, el nerviosismo, el temor a perder el control y una sensación de inestabilidad que se experimentan en diferentes circunstancias; dichos síntomas pueden surgir en momentos específicos o de manera generalizada, interfiriendo en el bienestar y la funcionalidad cotidiana del individuo (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Neurofisiológico. Este factor se refiere a los signos físicos que incluyen temblores, malestares digestivos, sobresaltos, vértigos y sensaciones de hormigueo que pueden surgir ocasionalmente; dichas manifestaciones físicas son comunes en situaciones de ansiedad y pueden variar en intensidad de una persona a otra, pero su presencia suele ser un indicador relevante de la respuesta del cuerpo ante el estrés emocional (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Autonómico. Consiste en síntomas asociados al sistema respiratorio, como la aceleración del ritmo cardíaco, presencia de sensación de escasez de aire y la dificultad para

poder respirar, características comunes de los trastornos de ansiedad; esos signos pueden ser angustiantes y aumentar la sensación de malestar físico y emocional que sufren quienes sufren ansiedad (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Sistemas Automotores. Se refiere a manifestaciones tales como sudoración excesiva, sensación de malestar o dolor, y enrojecimiento en circunstancias particulares; dichos síntomas son indicativos de una respuesta física ante situaciones específicas que pueden desencadenar ansiedad o incomodidad en el individuo. Su presencia puede variar en intensidad según la sensibilidad de cada persona y la naturaleza del estímulo desencadenante (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Niveles de Ansiedad. Según Villafuerte & Zúñiga (2023) existen cuatro niveles de ansiedad que nos aportan para poder medir la ansiedad, los cuales son:

Nivel mínimo de ansiedad. Dentro de este nivel se considera que la persona exhibe un estado de serenidad notable y no manifiesta ninguna incomodidad o malestar. Esto sugiere un nivel de calma y bienestar general en su situación actual (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Nivel leve de ansiedad. En este nivel la persona muestra inquietud y cierto nerviosismo, manteniéndose en un estado de alerta perceptible, es decir, presenta una sensación de vigilancia leve y atención hacia su entorno o situación actual (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Nivel moderado de ansiedad. Dentro de este nivel por lo general la persona experimenta síntomas físicos secundarios que pueden necesitar atención profesional para evaluar su condición y mitigar los efectos de la ansiedad, el proceso puede implicar la intervención de especialistas para proporcionar el apoyo y tratamiento adecuados (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Nivel severo de ansiedad. En este nivel es necesario que la persona obtenga ayuda profesional de manera urgente para disminuir el estrés, analizar su situación y buscar soluciones efectivas que contribuyan a disminuir su nivel de ansiedad de forma rápida y eficaz, este apoyo especializado puede ser crucial para abordar sus necesidades de manera adecuada y promover su bienestar emocional (Villafuerte & Zúñiga, 2023).

Psicoterapia. Desarrollando el modelo de Sadock et al. (2019) se toma en consideración:

Psicoterapia de apoyo. Implica la alianza terapéutica para poder alentar y fortalecer el afrontamiento adaptativo, mientras que lo desadaptativo es desalentado. Además, que el terapeuta ofrece consejos, los cuales son basados en el comportamiento del paciente (Sadock et al., 2019).

Psicoterapia orientada a la introspección. Consiste en lograr incrementar la introspección del paciente sobre sus conflictos (Sadock et al., 2019).

Terapia conductual. Se utilizan diversas técnicas como el refuerzo positivo, negativo, la exposición gradual, técnicas de relajación, terapia para el control de la angustia, autocontrol, hipnosis y detención del pensamiento (Sadock et al., 2019).

Tratamiento farmacológico. Las benzodiazepinas pueden reducir la intensidad y el número de los episodios de ansiedad. Respecto a las benzodiazepinas generalmente no son prescritas por la preocupación a la dependencia, pero con un adecuado seguimiento psicoterapéutico pueden ser utilizadas por largos periodos de tiempo. La fluoxetina, escitalopram, paroxetina, sertralina y venlafaxina son considerados medicamentos más seguros que los medicamentos tricíclicos (utilizados en la ansiedad) debido a que carecen de efectos anticolinérgicos y no son tan letales en caso de una sobredosis. Pueden tener efectos

secundarios como las náuseas transitorias, dolor de cabeza y disfunción sexual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Depresión

La depresión incluye la presencia de diversos sentimientos como de vacío, irritabilidad, ánimo triste, cambios somáticos y cognitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Prevalencia. Las mujeres suelen tener mayor prevalencia de tener un episodio de depresión mayor en comparación a los varones, iniciándose en la adolescencia temprana (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Dentro de una investigación en cuidadores de pacientes observaron alteraciones en los síntomas psicoafectivos en cuidadores, encontrando la impotencia y frustración con la presencia de un 73%, se encuentra la angustia con un 61,5%, la tristeza o depresión presenta un 57,5%, los sentimientos de soledad con un 35%, los sentimientos de culpa con un 30,5% y la irritabilidad o enfado presenta un 60.5% siendo así síntomas relacionados a la depresión (Casella & García-Orellán, 2020)

Niveles de Depresión. Desarrollando el modelo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento:

Episodio Depresivo Leve. En este nivel están presentes dos o tres síntomas de los siguientes: la escasez de interés, despertarse una o dos horas antes de lo habitual, la ausencia de reacciones emocionales, enlentecimiento psicomotor o agitación, un agravamiento del estado de ánimo depresivo, la reducción de la libido, pérdida de peso y también está considerada la pérdida del apetito. El paciente puede experimentar algunos de estos síntomas, pero aún es capaz de continuar con la mayoría de sus actividades diarias. (Organización Mundial de la

Salud, 2010).

Episodio Depresivo Moderado. En este nivel están presentes cuatro o más síntomas de los siguientes: despertarse una o dos horas antes de lo habitual, enlentecimiento psicomotor o agitación, ausencia de reacciones emocionales, empeoramiento del humor depresivo, disminución de la libido, pérdida de interés, pérdida de peso y también se considera la pérdida del apetito. El paciente puede tener dificultades para sus actividades que va realizando en su vida diaria (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos. En este episodio varios de los síntomas anteriormente mencionados (despertarse una o dos horas antes de lo habitual, ausencia de reacciones emocionales, enlentecimiento psicomotor o agitación, empeoramiento del humor depresivo, disminución de la libido, pérdida de interés, pérdida de peso y la pérdida del apetito) están marcados y se considera que afectan al paciente, logrando así disminuir su autoestima y aumentando las ideas de culpa o autodesprecio. Este episodio es común la ideación o pensamientos suicidas. También se debe considerar que la agitación o enlentecimiento es muy notable el paciente podría no ser capaz de describir a detalle sus síntomas, afectando así a sus tareas diarias (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos. Este episodio describe los síntomas mencionados en el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, pero con la existencia de ideas delirantes congruentes o no con el estado de ánimo, logrando afectar de manera notable a sus actividades que va realizando día a día (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Dentro de los resultados obtenidos de un estudio, se encontró una significativa asociación entre el descuido de las necesidades emocionales, físicas, baja autoafirmación y

autonomía, considerando que la depresión no solo contribuye a la conducta intrapsíquica del descuido, sino que forma parte del patrón de negligencia hacia las necesidades emocionales y físicas (Vespa et al., 2022).

Tratamiento farmacológico. Generalmente los médicos inician con un tratamiento inhibidor selectivo de recaptación de serotonina. El insomnio se considera que puede ser tratado con benzodiazepinas. El bupropión es un noradrenérgico con propiedades similares a las de los estimulantes y su diferencia reside en su vida media y por lo tanto en la frecuencia de dosificación, por ello se considera que es tolerado y puede ser utilizado para la depresión con sintomatología de anergia. Los tricíclicos también se considera que pueden ser eficaces, pero requieren ajustar la dosis, los tratamientos antes mencionados mantenidos por al menos 5 meses con antidepresivos ayuda a prevenir las recaídas (Sadock et al., 2019).

Psicoterapia. Se considera que desarrollando el modelo del Manual de bolsillo de psiquiatría clínica la psicoterapia junto al tratamiento farmacológico incluyendo los antidepresivos se puede conseguir un resultado mucho más eficaz (Sadock et al., 2019).

Cognitivo. Es considerado un tratamiento a corto plazo dirigido a la valoración y corrección de cogniciones negativas basados en distorsiones del pensamiento que llevan a la depresión (Sadock et al., 2019).

Conductual. Es una terapia basada en el condicionamiento clásico y operante, la cuales considerada de corto plazo y estructurada para así poder cambiar las conductas indeseables que se presenten (Sadock et al., 2019).

Terapia de apoyo. Esta una terapia tiene el objetivo de dar apoyo emocional y es recomendada para el tratamiento del duelo y crisis (Sadock et al., 2019).

Grupal. Es una terapia basada en el apoyo, el refuerzo positivo, desahogo y

corrección de distorsiones cognitivas. Se considera que no es indicado para pacientes con tendencias suicidas (Sadock et al., 2019).

Características de Cuidadores de Pacientes Oncológicos

Cuidador Informal del Paciente Cáncer. La gran parte de los cuidadores informales son familia del paciente que no tienen una formación profesional, no están preparados para ejercer el rol de cuidadores de pacientes con cáncer, sin embargo, de igual manera juegan un rol vital dentro de la apariencia física y también el bienestar emocional de paciente, siendo una fuerza de trabajo invisible (Sun et al., 2019).

Una recopilación de artículos de PubMed, CINAHL, Scopsy e PsychInfo resalta que ser un cuidador implica mucho tiempo y energía, por lo cual tiene repercusiones en la calidad de vida. Un 62% de estos cuidadores informales cuidan de pacientes mayores a 65 años debido a que por su edad tienen más probabilidad de adquirir cáncer. Incluso 89% pacientes necesitan ayuda con sus actividades diarias. El 22% de los cuidadores informales reportaron deterioro de la salud física, mental y menos estatus social. Se debe tener en cuenta que el menor apoyo social está relacionado con mayores niveles de estrés y depresión. Finalmente se sugiere que los futuros estudios deben centrarse en probar intervenciones innovadoras para proveer en un futuro soporte personalizado basados en la condición psicológica, preferencias y necesidades del cuidador del paciente con cáncer (Sun et al., 2019).

Dentro de este estudio se encontró que los cuidadores familiares en Indonesia presentaban necesidades en las cuales se presenta el reconocimiento de cuidar a una persona con cáncer con un 61%, obtención de apoyo emocional con un 50,9%, el impacto del cáncer dentro de la pareja en un 41,8%, problemas con la vida sexual que también se ve afectada en un 69,1% y los sentimientos de muerte o pensamientos suicidas que se encuentran dentro de

la depresión y ansiedad con un 39,1% (Hostanida et al., 2023).

Síndrome del Cuidador. Principalmente el termino cuidador es definido como la persona o el individuo que brinda una asistencia y atención hacia otra persona, dicha persona presenta limitaciones físicas o mentales que no le permite llevar a cabo tareas diarias o lograr mantener conexiones sociales (Pérez et al., 2017).

Frecuentemente, los cuidadores suspenden o interrumpen sus actividades diarias y reducen su vida social, lo cual eventualmente influye en su salud, manifestándose en varios problemas físicos, mentales, sociales y económicos, conocidos como una “carga”. Esta “carga” ha sido identificada con varios términos como colapso, crisis, síndrome del quemado, sobrecarga, claudicación del cuidador y síndrome del cuidador principal (Menéndez. Génesis Lisbeth & Caicedo, 2019).

El síndrome del cuidador conlleva alteraciones físicas, mentales, emocionales y sociales, incluyendo el descuido personal, ya que el cuidador debe atender las necesidades de la persona dependiente. Se caracteriza por síntomas que afectan de manera gradual y significativa la salud física, emocional, médica, social y económica del cuidador principal, pudiendo llevarlo a una frustración extrema que puede desembocar en un colapso (Menéndez & Caicedo, 2019).

En un estudio realizado en la provincia de Sichuan de China, la carga que enfrentan los cuidadores familiares podría estar afectada por factores como la edad del cuidador, la relación que tienen con los pacientes y el grado de autocuidado que estos últimos mantienen, dentro de los resultados se descubrió que la resiliencia familiar actúa como intermediario en la relación respecto al apoyo social que los cuidadores consideran recibir. y la carga que ellos experimentan (Zhang et al., 2023).

Según (Menéndez & Caicedo, 2019) es importante considerar las fases por las que pasar el cuidador:

Negación. Dentro de esta fase se considera también la falta de conciencia sobre el problema, convirtiéndose así en un mecanismo de defensa que genera la circunstancia para así poder controlar la ansiedad y diversos temores presentados (Menéndez & Caicedo, 2019).

Reorganización. En esta fase se comparten las responsabilidades con los otros integrantes de la familia, reconociendo con mayor facilidad para diferenciar los problemas a enfrentar dentro del cuidado (Menéndez & Caicedo, 2019).

Resolución. Dentro de esta fase se genera un control de la situación mediante el cuidador, el cual se encarga de enfrentar diversas situaciones con resultados positivos y con uso de herramientas adecuadas, presentado también una adecuada comunicación, expresión de sentimiento y emociones para una buena salud mental del cuidador (Menéndez & Caicedo, 2019).

En un estudio enfocado en los cuidadores de pacientes con cáncer se encontró que estadísticamente un 23.3% de ansiedad, además del total un 6.7% presentó depresión, con lo cual afirmaron que las personas que brindan el cuidado a pacientes con cáncer presentan altos porcentajes de ansiedad y depresión ya que su salud emocional presenta una mayor afectación por la condición del paciente (Coasaca, 2019).

Se llevan a cabo una variedad de intervenciones psicosociales como métodos preventivos para cuidadores de personas con discapacidad. Estas intervenciones han sido diversas y seleccionadas en base a diferentes criterios (Kübler-Ross, 2010):

Grupos de apoyo. Se considera que estos grupos están formados por individuos con características similares que se reúnen para discutir y compartir experiencias relacionadas con

el cuidado brindado (Kübler-Ross, 2010).

Entrenamiento en habilidades sociales. Dentro de este criterio que implica prácticas como juegos de roles y ejercicios para mejorar tanto la comunicación verbal como no verbal (Kübler-Ross, 2010).

Apoyo social. Dicho criterio se centra en enseñar a las familias habilidades sociales para una interacción adecuada, disminuyendo el aislamiento y aumentar el respaldo entre sus miembros (Kübler-Ross, 2010).

En este estudio los hallazgos actuales indican que ofrecer intervenciones de apoyo social puede ser beneficioso para aliviar el estrés emocional asociado con la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama, dando así importancia a la presencia de un cuidador dentro del proceso de vida del paciente para un adecuado afrontamiento de la enfermedad (Oh et al., 2020).

Habilidades cognitivas. Este criterio de intervención se basa en técnicas como la distracción y la imaginación guiada para mejorar las capacidades mentales y emocionales (Kübler-Ross, 2010).

Habilidades prácticas de cuidado. Este criterio implica enseñar habilidades concretas relacionadas con el cuidado, como el baño o la movilización del paciente a diversos espacios (Kübler-Ross, 2010).

En su estudio encontraron recursos importantes dentro de sus resultados los cuales fueron, el apoyo social, la espiritualidad y las actividades de distracción, ya que se emplearon como estrategias de afrontamiento a su enfermedad, dando así una importancia a la presencia de un cuidador en el transcurso de su vida, además se considera que el apoyo social alivia sentimientos de soledad y brinda un espacio para compartir experiencias y emociones que

puede ser proveniente de amigos, familiares o grupos de apoyo incluyendo las distracciones ya que desvían los síntomas de la enfermedad contribuyendo a un mejor estado emocional y mental (Kugbey et al., 2020).

Por ello cuando el cuidador se encuentra agotado, descuida aspectos esenciales como la administración de medicamentos, la higiene diaria del paciente, su alimentación y la prevención de accidentes, lo que afecta su propio estado de ánimo. Este descuido contribuye al deterioro de la salud del paciente, aumentando la necesidad de atención médica urgente y provocando consultas e ingresos hospitalarios frecuentes y prolongados. Además, la presencia de maltrato se vuelve más común cuando el cuidador colapsa. Es crucial investigar el desgaste del cuidador cuando hay una alta demanda de atención médica (Lovo, 2021).

Síndrome del cuidador Informal. El cuidador informal es aquel individuo que, careciendo de una formación específica y sin percibir compensación económica, se encarga de las responsabilidades asociadas con el cuidado de una persona dependiente. Esta función suele ser desempeñada por un familiar cercano, siendo más comúnmente asumida por individuos del género femenino (Martínez, 2020).

En una revisión bibliográfica se encontró que en relación con la salud, la carga excesiva de cuidados presenta un gran impacto sobre la salud física y mental, obteniendo como resultado un 32.7% de las personas que cuidan reportan sentirse fatigadas, el 27,5% indican que su salud ha empeorado y el 18,1% manifiestan sentirse deprimidas; concluyendo que los problemas físicos más comunes que se encuentran el cansancio, dolores en los músculos o huesos, estrés, insomnio y dolores de cabeza; dentro de la diferencias significativas entre la salud de hombres y mujeres en términos de mortalidad, las mujeres presentan una mayor esperanza sobre la vida a diferencia de los hombres; Sin embargo, las

encuestas de salud muestran que las mujeres tienen más problemas crónicos y perciben su salud de manera más negativa (Casella & García-Orellán, 2020).

Los cuidadores informales experimentan una sensación abrumadora, renunciando a su vida cotidiana, intereses y actividades recreativas para dedicarse por completo a las responsabilidades de cuidado. Esto desencadena un conjunto de síntomas, tanto objetivos como subjetivos, que incluyen: tristeza continua, estrés, ansiedad, preocupación persistente, irritabilidad, falta de apetito, sensación de indefensión, desmotivación, vértigo, depresión, fatiga constante, desesperanza, abulia, insomnio, variaciones frecuentes en el estado de ánimo, dolores de cabeza, sensación de culpabilidad, dificultad para concentrarse, descuido personal, generando un aislamiento social y la soledad (Martínez, 2020).

Dentro de una investigación se encontró que más del 90% de dichos familiares o cuidadores obtienen una puntuación superior a 46 puntos, indicando que experimentan el síndrome del cuidador quemado o de sobrecarga. Este desgaste emocional que experimentan los cuidadores informales también puede llevar a comportamientos perjudiciales como abuso de sustancias, teniendo así una mayor probabilidad de enfrentar problemas de salud física, como enfermedades respiratorias, inmunológicas, entre otras, los cuales afectan su bienestar físico y emocional (Martínez, 2020).

En su estudio se evidenciaron que los resultados y niveles altos de depresión generan un sufrimiento significativo, conduciendo a costos considerables tanto para los pacientes como para los cuidadores informales y formales, afecta profundamente a la calidad de vida de los familiares generando una sobrecarga emocional y también repercusiones económicas y atenciones (Vespa et al., 2022).

Características de cuidadores en pacientes oncológicos. El siguiente estudio

realizado con 213 cuidadores de cáncer concluye que la carga del cuidador puede estar influenciada por la edad, el parentesco con el paciente y el autocuidado del paciente oncológico. Dentro de las características de los cuidadores estudiados en esta investigación 63.8% son mujeres, respecto al parentesco 44.6% son hijos y 40.8 son parejas, mientras a la calidad de la relación de los cuidadores con los pacientes 81.2% se lleva muy bien con el paciente. Un 85.9% son casados, el 55.4% de la muestra tiene un empleo y el 87.3% no tiene una enfermedad crónica. Respecto a las horas diarias que se dedican a cuidar a su familiar el 57.5% respondió que cuida al paciente alrededor de 6 horas a 12 horas, el 42.4% cuida al paciente menos de 6 horas y el 33.3% cuida al paciente más de 18 horas. De esta muestra 53.9% cuidan solos del paciente y no tienen ningún apoyo en la familia, lo cual podría ser perjudicial ya que 34.7% del total de la muestra invierten más 750 dólares por mes en la salud del paciente y el 31.4% invierte de 450 a 750 dólares, impactando de esta manera en la economía del cuidador. En cuanto a las características de los pacientes de los cuidadores encuestados el 66.6% son varones, el 53.5% están en estadio IV de cáncer, 81.2% tiene metástasis, el 82% tiene otras enfermedades aparte del cáncer, el 49.7% tiene un autocuidado completo y el 91.5% u seguro de salud parcial, mientras que el 8.4% restante afronta los costes de su enfermedad de manera integral (Zhang et al., 2023).

Género de los cuidadores informales. Si bien no se encuentran estudios precisos sobre el género de los cuidadores informales se estima que las mujeres representan del 70% al 80% del total, de este grupo la mayoría se encuentra entre 50 y 60 años, siendo generalmente las esposas del paciente (Espinola et al., 2023).

Por lo tanto, el tema de la desigualdad de género en el cuidado informal sale a relucir y debemos tener en cuenta una perspectiva de género para poder entender de manera más

amplia la crisis de los cuidados, crisis que pueden comprometerla salud física y psicológica del cuidador dada por la falta de apoyo y la sobre carga, por lo tanto debemos entender al cuidador no solo como una persona que provee cuidados, sino como una persona que provee su tiempo y a veces su economía para cuidar a un familiar, lo cual puede complicar aspectos personales o laborales, teniendo en cuenta los puntos anteriores la familia podría repartir de manera equitativa y apoyar al cuidador (Casella & García-Orellán, 2020).

Según un estudio bibliográfico las mujeres el compromiso y la implicación emocional puede ser mayor en comparación a los hombres, lo cual puede influir en el ámbito psicoafectivo manifestándose como estrés, dolores osteomusculares, cansancio, dolor de cabeza e insomnio, razón por la cual muchas de las cuidadoras refieren tomar medicamentos para enfrentar la sobrecarga. Esto también puede estar influenciado debido a que las actividades que tienen hombre y mujeres pueden ser diferentes, mientras los varones se encargan más de hacer papeleos o gestiones, las mujeres se encargan más del aseo y de ayudar en su vida diaria a su familiar (Casella & García-Orellán, 2020).

Contemplando esta situación desde otra perspectiva el 27.2% de las mujeres que ejercen el rol de cuidador reportan problemas crónicos de salud (artritis, artrosis, hipotiroidismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares entre otras enfermedades) y se percibe una relación entre la sobre carga y un estado de salud deteriorado cuando reciben menos apoyo social (Díaz et al., 2019).

En Perú los sistemas de género y las relaciones respecto al cuidado de padres hacia los hijos han ido cambiando ya que el hombre se ve más involucrado en el cuidado en comparación al pasado, sin embargo, aún no se ha alcanzado la igualdad de género en este aspecto. Con este ligero cambio surgen conceptos de nuevas masculinidades, así como

también padres que se quedan en su hogar para atender y cuidar de sus hijos (Villa-Palomino, 2024).

Costo del trabajo de un cuidador informal en Latinoamérica. Este estudio resalta el valor económico del trabajo que los cuidadores informales realizan en Latinoamérica, así como también de la necesidad de obtener estadísticas más detalladas de las características de cuidadores informales tales como la calidad de vida, estatus socioeconómico y otras consideraciones. Se estima que en conjunto los cuidadores informales trabajan 1.9 billones de horas al año que equivale a 3.9 billones de dólares por año, siendo la mayoría cuidadores de paciente con enfermedades cardio vasculares, respiratorias y oncológicas (Espinola et al., 2023).

Espiritualidad y experiencias de cuidadores al lidiar con casos avanzados de cáncer. Los cuidadores pueden experimentar sentimientos de tristeza que pueden desembocar en ansiedad, depresión y temor a no tener la capacidad suficiente para cubrir los cuidados de un familiar, estas situaciones provocan que las personas se refugien en la espiritualidad, tomándola como un recurso de afrontamiento que las ayudara a resolver las dificultades que conlleva ser un cuidador (Duran et al., 2023)

La espiritualidad puede diferir según la cultura o el país en el cual nos encontremos por ejemplo la manera en la cuidan las familias a las pacientes diagnosticadas con cáncer mama en Punjab están influenciadas por normas socioculturales, sistemas de creencias, ideologías tradicionales de género y el estatus económico de los cuidadores. La familia como cuidadores juega un rol importante en el tratamiento y el cuidado de estas pacientes ya que proveen apoyo al paciente. Sus fuertes creencias religiosas son una herramienta al manejar el estrés y la ansiedad en un diagnóstico cáncer, de esta manera puede influir de manera positiva a la

calidad de vida del paciente y aumentar el apoyo social. De hecho, cuando se le preguntó a uno de los cuidadores como lidian con la carga de ser un cuidador uno de ellos respondió “Yo le rezó a Allah, eso es lo que me alivia más” (Jabeen et al., 2024).

El final de la Vida del Paciente con Cáncer: Perspectiva Familiar. Cuando se le dice a una familia que uno de ellos tiene cáncer experimentan sentimientos de impotencia y ansiedad por el diagnóstico de la enfermedad debido a la relación entre el diagnóstico de cáncer y la muerte. Los pacientes y sus familias deben prepararse para enfrentar cambios en las dinámicas familiares, rutinas diarias, pérdida de independencia, cambios en la apariencia física, incremento de gastos en salud, cambios de planes y sueños que no se materializaran, sentimientos de pérdida por no mencionar con el fragmentado sistema de salud. También se considera el impacto financiero que tiene el cáncer en los familiares o cuidadores ya que un porcentaje significativo tiene que poner en pausa sus planes académicos o planes de viaje para poder cubrir los costos del tratamiento de su familiar. A falta de la guía psicológica en este proceso puede terminar afectando su capacidad para llevar a cabo ocupaciones de su vida cotidiana implicando incluso su salud física (Castillo et al., 2022).

Incertidumbre de Padres Ante el Diagnóstico de Leucemia de sus Hijos. El siguiente análisis fue hecho en 20 padres quienes tienen hijos en tratamiento de leucemia desde hace 18 meses. El impacto en la salud psicológica de padres de niños con leucemia puede incluir síntomas negativos como estrés, depresión, trastorno de estrés post- traumático y ansiedad. Además, también puede impactar de manera negativa en otros miembros de la familia. En este estudio se encontró que los padres describen un sentimiento de incertidumbre abrumadora al recibir el diagnóstico e informarse del tratamiento de leucemia de sus hijos. Ellos tratan de manejar esta incertidumbre del tratamiento buscando información en internet

por lo cual su ansiedad incrementaba, contradictoriamente los padres recurrían a esta estrategia para disminuir la ansiedad por la incertidumbre. Por ello el personal de la salud debe conectar a sus pacientes y a sus cuidadores con grupos de ayuda o fuentes de información confiable. Se sugiere que las siguientes investigaciones deben centrarse en tratar la incertidumbre del padre al entender un diagnóstico de leucemia en sus hijos (Wollney et al., 2023)

Hipótesis

Existe una correlación de tipo directa y significativa entre los niveles de Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes oncológicos de un hospital de Arequipa.

CAPÍTULO II. MÉTODO

Método

El presente estudio se centró en un enfoque cuantitativo porque pretende medir las variables bajo instrumentos que nos proporcionaron valores numéricos para realizar un proceso estadístico que sustentó los resultados obtenidos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El presente trabajo fue de diseño no experimental debido no a que se tuvo como objetivo la manipulación del entorno de investigación y de tipo transversal porque solo se administró el test en un solo periodo de tiempo determinado. Finalmente fue correlacional porque busca determinar la correlación entre los niveles de ansiedad, depresión y cuidadores de pacientes oncológicos en un hospital de Arequipa (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Instrumentos

La técnica escogida para la recopilación de datos de la variable de ansiedad fue el Inventario de Ansiedad de Beck y para la variable de depresión fue el Inventario de Depresión de Beck, la aplicación de las dos escalas fue en formato físico (ver anexo 3 y 4).

Instrumento 1. Ficha de Datos Personales

Se elaboró una ficha de datos sociodemográficos y estuvo compuesta por preguntas las cuales tienen como objetivo indagar sobre el sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, existencia de empleo actual, presencia de diagnóstico psiquiátrico, tipo de patología oncológica del paciente, tiempo de enfermedad del paciente oncológico y existencia de metástasis en el paciente del cuidador (ver anexo 2).

Instrumento 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de ansiedad de Beck fue diseñado con dos objetivos; el primer objetivo es medir la ansiedad de un modo válido y confiable, mientras el segundo objetivo es el de discernir la ansiedad de la depresión, siendo este instrumento el más citado para medir la intensidad de la depresión en bases de datos científicas. Además de su cuantioso uso en población clínica y no clínica (Vizioli & Pagano, 2020).

En su versión original tiene una consistencia interna de elevada con un Alfa de Cronbach de 0.92, mientras en su análisis de validez y confiabilidad realizado en Perú en una muestra de 150 pacientes de una clínica de Huancayo dio como resultado una consistencia interna elevada entre 0.90 y 0.94. Además, tiene un coeficiente de Aiken de 1.00 determinando de esta manera que el instrumento tiene una elevada validez (Palomino, 2019).

Este inventario tiene como objetivo calcular la intensidad de la ansiedad, está compuesta por 21 ítems, los cuales se dividen en 2 dimensiones las cuales son somática con 13 ítems y afectivo-cognitivo incluye 8 ítems. Sin embargo, en esta prueba no se realiza un análisis por dimensiones ni por factores, es más (Steer & Clark, 2019) recomiendan interpretar en base a la suma de los ítems de manera general y no por cada dimensión.

Cada ítem tiene opciones en escala Likert (poco o nada, leve, moderada y severamente) que hacen referencia a la frecuencia de la ansiedad. Los 21 ítems pueden tener un puntaje máximo de 63 y mínimo de 0. Esta escala puede ser aplicada de manera individual y colectiva en un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos.

Para la calificación de este instrumento se asignó una puntuación según las respuestas del evaluado teniendo en cuenta que:

Severamente = 3

Moderadamente = 2

Levemente= 1

En absoluto= 0

Luego se sumó las puntuaciones marcadas en cada ítem, lo cual nos dio como resultado los niveles de ansiedad que se clasificó en:

Nivel mínimo de ansiedad: 0-7

Nivel leve de ansiedad: 8- 15

Nivel moderado de ansiedad:16- 25

Nivel grave de ansiedad: 26- 63

Instrumento 3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este inventario de depresión fue elaborado por Beck y sus colegas (Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh) en 1961 con el fin de hacer una valoración más objetiva de la intensidad de la depresión. Este inventario tiene una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0.88. En Perú los índices de consistencia interna tienen un alfa de Cronbach entre 0.87 y 0.94. Asimismo, en los factores se halló una consistencia interna de Alfa de Cronbach entre 0.73 y 0.87 para el factor somático- afectivo y para el factor psicológico cognitivo entre 0.80 y 0.84 (Menautt & Bustamante, 2018).

Este inventario mide la intensidad de la depresión con 21 categorías de síntomas y actitudes cada una con afirmaciones que reflejan un grado de la intensidad de la depresión, de estas categorías 14 son del factor cognitivo- afectivo, mientras las 7 categorías restantes son del factor somático- conductual, no obstante, (Steer & Clark, 2019) sugieren hacer una interpretación general basada en la suma total de los ítems, en lugar de analizar cada

dimensión.

Cada ítem tiene opciones en escala Likert que hacen referencia a la intensidad de la depresión. Los 21 ítems pueden tener una puntuación máxima de 63 y mínima de 0. Esta escala puede ser aplicada de manera individual y colectiva en un tiempo aproximado de 5 o 10 minutos.

Para la calificación de este instrumento se sumó las puntuaciones marcadas en cada ítem que previamente tiene asignado una puntuación del 0 a 3, lo cual nos dio como resultado los niveles de la depresión que se clasificará en:

Nivel mínimo de depresión: 0-13

Nivel leve de depresión: 14- 19

Nivel moderado de depresión: 20- 28

Nivel grave de depresión: 29- 63

Participantes

Los participantes fueron los cuidadores o familiares de pacientes oncológicos que reciben atención médica en el hospital en el área de oncología. Se debe especificar que al referirnos a cuidadores nos referimos a familiares que cuidan del paciente oncológico y no a personal calificado con estudios universitarios para encargarse del cuidado de un paciente oncológico. Todos los participantes fueron mayores de 18 años, no se ha requerido condición social específica o grado de instrucción específica en esta investigación.

Los participantes fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico intencional y se incluyó a todos los participantes que pasaron los criterios de inclusión que tienen la intención de homogenizar las características de la muestra.

Criterio de inclusión

Los participantes cumplieron los siguientes criterios a) Cuidadores que tengan dominio del idioma español b) Cuidadores mayores de 18 años d) Cuidadores que acepten ser evaluados previo consentimiento informado e) Cuidadores de pacientes oncológicos que asistan en un hospital de Arequipa.

Criterios de exclusión

Se excluyó a) Participantes que no llenen de manera adecuada los instrumentos b) Participantes que presenten un diagnóstico de trastorno psiquiátrico c) Personas que tengan discapacidades físicas y sensoriales que les impida o limite su responder los instrumentos d) Personas no alfabetizadas e) Decisión del participante para no continuar con la investigación f) Cuidadores que tengan formación profesional especializada en cuidado de pacientes g) Pacientes que mencionaron ser sus propios cuidadores.

Procedimiento

Se presentó el proyecto de tesis a la escuela profesional de psicología. Una vez aprobado el proyecto se solicitó una carta de presentación a la directora de la Escuela Profesional de Psicología dirigida al director del hospital para que se nos autorice la aplicación de la investigación facilitándonos el espacio hospitalario.

Luego se coordinaron las fechas de aplicación y tras tener un cronograma establecido, se inició con la aplicación de instrumentos.

Se captó a los participantes diariamente en el espacio clínico por el tiempo de 1 semana. Primero se les solicitó su participación previa explicación del objetivo de la investigación y la relevancia de su participación. Luego se le explicó el consentimiento, ficha

sociodemográfica y los instrumentos a cada participante para asegurar un entendimiento óptimo por parte de los participantes, así como aclarar cualquier duda que se les haya presentado.

Finalmente se tabularon los resultados obtenidos y se realizaron los análisis de datos, que se representaron en tablas ordenadamente.

Consideraciones Éticas

La investigación consideró los principios éticos de los psicólogos y el código de conducta; referente a los aspectos éticos se considera resguardar la propiedad intelectual del autor y las teorías mencionadas en sus obras mediante el citado y las respectivas referencias de cada una dentro de la investigación.

Dentro de las consideraciones éticas se consideró el consentimiento informado se explicó el objetivo de la investigación y el tiempo que tomará la administración de los instrumentos. La participación fue libre y voluntaria con libertad de retirarse en cualquier momento, considerando el respeto a la dignidad de los participantes, su libertad y su autodeterminación, logrando así poder prevenir daños, tensiones y salvaguardar su vida privada.

Además, para la investigación se realizó en coordinación con la adecuada documentación entre la institución involucrada para aplicar los instrumentos y la Universidad Católica Santa María; basándose en los principios éticos de la investigación científica, teniendo así el objetivo de proteger a cada uno de los participantes y la validez de los datos recolectados en la investigación.

El principio de no maleficencia consiste en no causar daño y no presentó riesgo mínimo para la investigación; el principio de autonomía presenta como base la libre

participación, sin que nadie se sienta obligado a participar antes de responder a alguna encuesta mediante el consentimiento informado, el principio de confidencialidad se dio mediante el consentimiento informado, ya que se mantuvo el anonimato de los participantes y la información fue recolectada solo para fines académicos y de la investigación. El principio de beneficencia presenta como base la creación de buenos bienes dentro de la población y los datos recolectados sean usados solo para fines de la investigación si compartirlo con otros fines; y el principio de justicia se basa en un adecuado trato justo y equitativo con los cuidadores, mediante un ambiente armonioso y un trato amigable con los participantes (American Psychological Association, 2017).

Análisis de datos

La recolección de los resultados recolectados fue través del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck en formato físico, luego se utilizó el programa *Excel* para la organización de los resultados, los cuales fueron procesados y tabulados con el fin de tener mayor precisión en los resultados. Luego se importó los datos de *Excel* hacia programa estadístico *SPSS* en la versión 22.0.0 para el análisis correlacional de las variables de acuerdo con los objetivos planteados, para ello se utilizó la prueba estadística *rho* de Spearman para aceptar o rechazar la hipótesis planteada. Se utilizó estadísticos de frecuencias para el análisis *Rho de Spearman*.

CAPITULO III. RESULTADOS

Resultados

En las siguientes tablas se presentan los resultados del presente estudio donde se especifica las características de los participantes, los niveles de ansiedad, niveles de depresión y correlación de las variables.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Categoría	N	%
<i>Edad</i>	Joven	11	16.92%
	Adulto	36	55.38%
	Adulto mayor	18	27.69%
	Total	65	100%
<i>Sexo</i>	Masculino	20	30.77%
	Femenino	45	69.23%
	Total	65	100%
<i>Relación con el paciente</i>	Padre/Madre	5	7.69%
	Hijo(a)	29	44.62%
	Hermano(a)	9	13.85%
	Esposo(a)/Pareja	12	18.46%
	Otro	10	15.38%
Total	65	100%	
<i>Estado Civil</i>	Soltero	26	40.00%
	Casado	27	41.54%
	Viudo	3	4.62%
	Conviviente	9	13.85%
Total	65	100%	
<i>Grado de Instrucción</i>	Primaria	10	15.38%
	Secundaria	31	47.69%
	Superior	24	36.92%
	Total	65	100%
<i>Existencia de empleo actual</i>	Si	36	55.38%
	No	29	44.62%
	Total	65	100%

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes presentando un total de 65. Se logra observar tres categorías en la variable de edad, donde 18-29 nombrado la categoría joven representa el 16.92% con un total de 11 participantes, la categoría Adulto del rango 30-59 representa el 55.38% con un total de 36 participantes y la categoría Adulto Mayor con el rango de edad de 60-85 representa el 27.69% con un total de 18 de participantes. Respecto al sexo se puede evidenciar que predomina el femenino con un 30.77% y el masculino con un 69.23%. Dentro del aspecto de Relación con el paciente se logra evidenciar que predomina la relación de Hijo(a) con un porcentaje de 44.62%, la relación de “Esposo(a)/Pareja” presenta un 18.46%, “otro” presenta un 15.38%, “Hermano(a)” presenta un 13.85% y la relación de Padre/Madre presenta un 7.69%. Dentro de la categoría de Estado civil se puede evidenciar que predomina “Casado” con un 41.54%, “Soltero” con un 40.00%, “Conviviente” con un 13.85% y “Viudo” con un 4.62%. En la categoría de Grado de instrucción Predomina “Secundaria” completa con un 47.69%, “Superior” con un 36.92 y “Primaria” con un 15.38%. La categoría Laboral se pudo presenciar que un 55.38% trabaja actualmente y un 44.62% actualmente se encuentra desempleado.

Tabla 2*Características Clínicas de los Pacientes Oncológicos*

Variable	Categoría	N	%
<i>Tipo de Patología</i>	Ap. Digestivo	15	23.1%
	Reproductor F	14	21.5%
	Ca. Mama	12	18.5%
	Reproductor M	8	12.3%
	Ap. Locomotor	6	9.2%
	Otros	10	15.4%
	Total	65	100%
<i>Tiempo de Patología</i>	Menos de un año	34	52.3%
	Entre 1 a 3 años	20	30.8%
	Entre 3 a 5 años	6	9.2%
	De 5 años a más	5	7.7%
	Total	65	100%
<i>Presencia de Metástasis</i>	Con metástasis	36	55.38%
	Sin metástasis	29	44.62%
	Total	65	100%

En la tabla 2 se puede apreciar las Características Clínicas en parientes de pacientes oncológicos. En cuanto al tipo de cáncer, se encuentra un 23.1% de cáncer al Aparato Digestivo, 21.5% de pacientes con presencia de cáncer al Sistema Reproductor Femenino, 18.5% de presencia de cáncer a la mama, 12.3% de pacientes con presencia de cáncer al Sistema Reproductor Masculino, 9.2% de presencia de cáncer al Aparato Locomotor y dentro de Otros tipos se encuentra un 15.4% de presencia de Ansiedad, finalmente en cuanto a la presencia de metástasis el 55.38 y un 44.62% no presentan metástasis.

Tabla 3

Niveles de Ansiedad

Niveles	N	%
<i>Nivel mínimo de ansiedad</i>	1	1.50%
<i>Nivel leve de ansiedad</i>	8	12.30%
<i>Nivel moderado de ansiedad</i>	14	21.50%
<i>Nivel grave de ansiedad</i>	42	64.60%
Total	65	100.00%

La tabla 3 muestra los niveles de la ansiedad de los participantes. Se observa que en el nivel Grave representa el 64.6% con un total de 42 participantes, el nivel moderado representa el 21.5% con 14 participantes y el nivel leve representa el 12.3% con 8 participantes, teniendo en cuenta que el nivel mínimo representa un 1.5% con solamente un participante.

Tabla 4

Niveles de depresión

Variable	N	%
<i>Nivel mínimo de depresión</i>	3	4.6%
<i>Nivel leve de depresión</i>	6	9.2%
<i>Nivel moderado de depresión</i>	18	27.7%
<i>Nivel grave de depresión</i>	38	58.5%
Total	65	100.0%

La tabla 4 muestra los niveles de la depresión de los participantes. Se observa que en el nivel Grave representa el 58.5% con un total de 38 participantes, el nivel moderado representa el 27.7% con un total de 18 participantes, el nivel leve representa un 9.2% con 6 participantes y el nivel mínimo representa el 4.6% con un total de 3 participantes.

Tabla 5*Prueba de Normalidad de las variables de ansiedad y depresión*

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<i>Ansiedad</i>	,072	65	,200*	,987	65	,714
<i>Depresión</i>	,111	65	,044	,970	65	,111

a. Corrección de significación de Lilliefors

La tabla 5 muestra los resultados de la prueba de normalidad realizada utilizando la estadística de Kolmogorov-Smirnov, aplicada a los datos recolectados de 65 parientes de pacientes con diagnóstico oncológico; indicando diferencia en la distribución de ambas variables, es pertinente emplear la prueba de Rho de Spearman para comprobar las hipótesis y analizar la evaluación entre las variables evaluadas, dentro de la variable de ansiedad se presenta $p = 0,200$ y dentro de ansiedad un $p = 0,044$ evidenciando que sus datos no se distribuyen de manera normal.

Tabla 6

Correlaciones entre las dimensiones de las variables de ansiedad y depresión

		Niveles de variable de Ansiedad	Niveles de variable de Depresión
<i>Variable de Ansiedad</i>	Correlación Rho de Spearman	1	,606**
	Sig. (bilateral)	-	.000
	N	65	65
<i>Variable de Depresión</i>	Correlación Rho de Spearman	,606**	1
	Sig. (bilateral)	.000	-
	N	65	65

La tabla 6 muestra las correlaciones de las variables de ansiedad y depresión. La variable de ansiedad presenta una correlación significativa con la variable de depresión *Rho de Spearman*, podemos inferir que a mayores niveles de ansiedad, mayores son los niveles de depresión y viceversa, rechazando la hipótesis nula.

Tabla 7

Cruce entre las variables de ansiedad, depresión y Características sociodemográficas

		Ansiedad										Depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Grave		Total		Mínimo		Leve		Moderado		Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<i>Edad</i>	Joven	0	0.0	4	6.2	2	3.1	5	7.7	11	16.9	1	1.5	1	1.5	2	3.1	7	10.8	11	16.9
	Adulto	0	0.0	3	4.6	11	16.9	22	33.8	36	55.4	1	1.5	3	4.6	13	20	19	29.2	36	55.4
	Adulto mayor	1	1.5	1	1.5	1	1.5	15	23.1	18	27.7	1	1.5	2	3.1	3	4.6	12	18.5	18	27.7
<i>Sexo</i>	Masculino	0	0.0	4	6.2	2	3.1	14	21.5	20	30.8	0	0.0	1	1.5	6	9.2	13	20	20	30.8
	Femenino	1	1.5	4	6.2	12	18.5	28	43.1	45	69.2	3	4.6	5	7.7	12	18.5	25	38.5	45	69.2
<i>Relación con el paciente</i>	Padre/Madre	0	0.0	1	1.5	3	4.6	1	1.5	5	7.7	1	1.5	1	1.5	3	4.6	0	0	5	7.7
	Hijo(a)	1	1.5	3	4.6	7	10.8	18	27.7	29	44.6	1	1.5	2	3.1	7	10.8	19	29.2	29	44.6
	Hermano(a)	0	0.0	2	3.1	1	1.5	6	9.2	9	13.8	1	1.5	2	3.1	0	0	6	9.2	9	13.8
	Espos(a)/Pareja	0	0.0	1	1.5	1	1.5	10	15.4	12	18.5	0	0.0	1	1.5	4	6.2	7	10.8	12	18.5
	Otro	0	0.0	1	1.5	2	3.1	7	10.8	10	15.4	0	0.0	0	0	4	6.2	6	9.2	10	15.4
<i>Estado Civil</i>	Soltero	0	0.0	4	6.2	8	12.3	14	21.5	26	40.0	2	3.1	3	4.6	5	7.7	16	24.6	26	40
	Casado	1	1.5	3	4.6	2	3.1	21	32.3	27	41.5	0	0.0	3	4.6	9	13.8	15	23.1	27	41.5
	Viudo	0	0.0	0	0.0	2	3.1	1	1.5	3	4.6	1	1.5	0	0	1	1.5	1	1.5	3	4.6
	Conviviente	0	0.0	1	1.5	2	3.1	6	9.2	9	13.8	0	0.0	0	0	3	4.6	6	9.2	9	13.8
<i>Grado de Instrucción</i>	Primaria	0	0.0	0	0.0	4	6.2	6	9.2	10	15.4	1	1.5	0	0	2	3.1	7	10.8	10	15.4
	Secundaria	0	0.0	4	6.2	8	12.3	19	29.2	31	47.7	1	1.5	5	7.7	9	13.8	16	24.6	31	47.7
	Superior	1	1.5	4	6.2	2	3.1	17	26.2	24	36.9	1	1.5	1	1.5	7	10.8	15	23.1	24	36.9
<i>Existencia de empleo actual</i>	Si	0	0.0	6	9.2	11	16.9	19	29.2	36	55.4	1	1.5	5	7.7	9	13.8	21	32.3	36	55.4
	No	1	1.5	2	3.1	3	4.6	23	35.4	29	44.6	2	3.1	1	1.5	9	13.8	17	26.2	29	44.6

En la tabla 7 se puede apreciar los niveles de ansiedad y depresión respecto a las Características Sociodemográficas, se pueden apreciar porcentajes probables a medida que los pacientes se encuentren en un rango de edad de Adultos se encuentra un 55.4% mayor ansiedad y depresión, así mismo se presenta un mayor porcentaje de probable ansiedad y depresión en los cuidadores femenino (69.2%), en cuanto a la relación con el paciente se puede apreciar una probable ansiedad en los cuidadores que son hijos (27.7) y dentro de la depresión se encuentra predominando con un 44.6%, mientras que dentro del estado civil predomina el estado de casado con un 32.3% con presencia de ansiedad y 41.5% con presencia de depresión, dentro del grado de instrucción predomina el grado secundario con un 29.2% en ansiedad y 47.7% en depresión, mientras que un 35.4% de los cuidadores que no trabajan presentan ansiedad y un 55.4% presentan depresión y existencia de empleo actual.

Tabla 8

Cruce entre las variables de ansiedad, depresión y Características Clínicas

		Ansiedad										Depresión									
		Mínimo		Leve		Moderado		Grave		Total		Mínimo		Leve		Moderado		Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<i>Tipo de Patología</i>	Ap. Digestivo	0	0.0	1	1.5	3	4.6	11	16.9	15	23.1	0	0.0	1	1.5	3	4.6	11	16.9	15	23.2
	Sis. Rep. Femenino	0	0.0	0	0.0	2	3.1	12	18.5	14	21.5	0	0.0	0	0.0	4	6.2	10	15.4	14	21.5
	Ca mama	0	0.0	4	6.2	4	6.2	4	6.2	12	18.5	1	1.5	2	3.1	4	6.2	5	7.7	12	18.5
	Sis.Repr. Masculino	1	1.5	1	1.5	1	1.5	5	7.7	8	12.3	0	0.0	1	1.5	3	4.6	4	6.2	8	12.3
	Ap.Loco-motor	0	0.0	1	1.5	1	1.5	8	12.3	10	15.4	1	1.5	0	0.0	3	4.6	6	9.2	10	15.4
	Otros	0	0.0	1	1.5	3	4.6	2	3.1	6	9.2	1	1.5	2	3.1	1	1.5	2	3.1	6	9.2
<i>Tiempo de Patología</i>	Menos de un año	0	0.0	6	9.2	7	10.8	21	32.3	34	52.3	2	3.1	4	6.2	9	13.8	19	29.2	34	52.3
	Entre 1 a 3 años	1	1.5	2	3.1	4	6.2	13	20.0	20	30.8	0	0.0	2	3.1	5	7.7	13	20.0	20	30.8
	Entre 3 a 5 años	0	0.0	0	0.0	3	4.6	3	4.6	6	9.2	1	1.5	0	0.0	3	4.6	2	3.1	6	9.2
	De 5 años a más	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	7.7	5	7.7	0	0.0	0	0.0	1	1.5	4	6.2	5	7.7
<i>Metástasis</i>	Si	1	1.5	4	6.2	9	13.8	25	38.5	39	60.0	1	1.5	3	4.6	14	21.5	21	32.3	39	60.0
	No	0	0.0	4	6.2	5	7.7	17	26.2	26	40.0	2	3.1	3	4.6	4	6.2	17	26.2	26	40.0

La tabla 8 muestra los niveles de ansiedad y depresión junto con las Características Clínicas en parientes de pacientes oncológicos. En cuanto al tipo de cáncer y presencia de ansiedad, se encuentra un 23.1% de cáncer al Aparato Digestivo, 21.5% de pacientes con presencia de cáncer al Sistema Reprodutor Femenino, 18.5% de presencia de cáncer a la mama, 12.3% de pacientes con presencia de cáncer al Sistema Reprodutor Masculino, 15.4 de presencia de cáncer al Aparato Locomotor y dentro de Otros tipos se encuentra un 9.2% de manifestación de ansiedad. Dentro de la presencia de depresión, se encuentra un 23.2% de cáncer al Aparato Digestivo, 21.5% de pacientes con presencia de cáncer al Sistema Reprodutor Femenino, 18.5% de presencia de cáncer a la mama, 12.3% de pacientes con presencia de cáncer al Sistema Reprodutor Masculino, 15.4 de presencia de cáncer al Aparato Locomotor y dentro de Otros tipos se encuentra un 9.2% de presencia de Ansiedad, finalmente en cuanto a la presencia de metástasis el 60% de los pacientes presentan ansiedad y un 40% no presentan, sucediendo de igual manera con la depresión.

Discusión

En este apartado se contrasta los resultados obtenidos en la investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes oncológicos en un hospital de Arequipa con hallazgos de estudios previos. Determinando que existe una correlación significativa entre los niveles de Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes oncológicos de un hospital de Arequipa, con p valor de 0.000 por lo que se aceptó la hipótesis propuesta.

El estudio de Mosquera et al. (2019) encontró que las mujeres presentan una peor percepción de su salud y salud mental en comparación con los hombres, con un 46.3% de mujeres reportando una mala percepción de su salud frente al 32.0% de los hombres, y un 23.3% de mujeres señalando una salud mental deficiente en comparación con el 13.9% de los hombres. En la presente investigación, el 69.23% de los cuidadores son mujeres y el 30.77% son hombres. Aunque no se midió directamente la percepción de salud y salud mental, los datos obtenidos muestran que las mujeres representan una mayor proporción de los cuidadores con niveles graves de ansiedad y depresión. Específicamente, el 43.1% de las mujeres presentan niveles graves de ansiedad y el 38.5% niveles graves de depresión, en comparación con el 21.5% y 20% de los hombres, respectivamente. Estos descubrimientos apuntan a una posible correlación entre la carga de cuidado, la ansiedad y la depresión en mujeres cuidadoras, alineándose con la tendencia observada por Mosquera et al. también indicaron que las mujeres tienen más problemas relacionados con la ansiedad (35.0% frente a 21.4%) y la depresión (52.8% frente a 31.1%). En el presente estudio, se encontró que el 64.6% de los cuidadores demuestran niveles críticos de ansiedad y el 58.5% niveles graves de depresión, sin distinción inicial de género. Sin embargo, al desglosar por sexo, se observó que

el 43.1% de las mujeres experimentan niveles graves de ansiedad, en comparación con el 21.5% de los hombres. Del mismo modo, el 38.5% de las mujeres exhiben grados severos de depresión, mientras que solo el 20% de los hombres se encuentran en esta categoría. Estos resultados refuerzan la idea de que las mujeres cuidadoras están en mayor riesgo de experimentar problemas de ansiedad y depresión, tal como lo sugiere Mosquera et al. El modelo de regresión de Mosquera et al. indicó que las mujeres tienen un mayor riesgo de experimentar cansancio y sobrecarga en comparación con los hombres. Aunque la presente investigación no midió directamente el cansancio y la sobrecarga, los altos niveles de ansiedad y depresión observados entre las mujeres cuidadoras podrían ser indicativos de una mayor carga emocional y física. La prevalencia significativa de niveles graves de ansiedad (43.1%) y depresión (38.5%) entre las mujeres sugiere que estas están sometidas a una considerable presión, que podría estar relacionada con los síntomas de cansancio y sobrecarga mencionados por Mosquera et al. Los hallazgos obtenidos confirman y amplían las observaciones de Mosquera et al. (2019), al demostrar que las mujeres cuidadoras de pacientes oncológicos en un hospital de Arequipa están más predispuestas a experimentar altos niveles de ansiedad y depresión en comparación con los hombres.

El estudio de Sun et al. (2019) resalta que ser un cuidador implica mucho tiempo y energía, impactando de manera considerable la calidad de vida de los cuidadores. En la presente investigación, se observó que el 64.6% de los cuidadores presentan niveles graves de ansiedad y el 58.5% niveles graves de depresión, lo que indica un fuerte impacto negativo en la salud mental de los cuidadores. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Sun et al., ya que el estrés y la dedicación de tiempo y energía pueden llevar a un deterioro significativo en la calidad de vida. Sun et al. encontraron que un 62% de los cuidadores informales cuidan de pacientes mayores a 65 años debido a la alta probabilidad de adquirir cáncer a esa edad.

En la presente investigación, el 27.69% de los pacientes oncológicos son adultos mayores, lo que indica una proporción menor comparada con el antecedente, pero aún significativa. La necesidad de cuidado intensivo para estos pacientes se refleja en la muestra analizada, donde el 55.38% de los pacientes presentan metástasis, aumentando la complejidad y la carga del cuidado. Según Sun et al., el 22% de los cuidadores informales reportaron deterioro en su salud física, mental y estatus social. En la presente investigación, se observó altos niveles de ansiedad y depresión, lo cual sugiere un deterioro similar en la salud mental de los cuidadores. Los datos muestran que el 69.2% de los cuidadores son mujeres, quienes tienden a experimentar mayores niveles de estrés y depresión, lo que coincide con los hallazgos de deterioro en salud reportados por Sun et al. sugieren que un menor apoyo social está relacionado con mayores niveles de estrés y depresión. Aunque el presente estudio no evaluó directamente el nivel de apoyo social, la alta prevalencia de ansiedad y depresión severa (64.6% y 58.5%, respectivamente) sugiere que los cuidadores pueden estar experimentando un apoyo social insuficiente. Este aspecto es crucial, ya que un mejor soporte podría mitigar los niveles de estrés y mejorar la salud mental de los cuidadores. Finalmente, Sun et al. sugieren que los futuros estudios deben centrarse en probar intervenciones innovadoras para proporcionar soporte personalizado basado en la condición psicológica, preferencias y necesidades del cuidador. En concordancia, los resultados obtenidos indican una urgente necesidad de desarrollar y probar intervenciones dirigidas a reducir la carga emocional y mental de los cuidadores. La correlación significativa entre ansiedad y depresión ($r = 0.606$, $p < 0.001$) destaca la relación entre estas dos dimensiones y la importancia de tratarlas de manera integral en futuras intervenciones. En conclusión, los hallazgos obtenidos están en línea con los reportes de Sun et al. (2019), destacando el significativo impacto negativo del rol de cuidador en la salud mental y calidad de vida. Los resultados subrayan la importancia de

desarrollar estrategias de apoyo social y programas de intervención personalizados para mejorar la condición psicológica de los cuidadores de pacientes oncológicos. Esto permitirá proporcionar un soporte más efectivo y aliviar la carga que enfrentan diariamente.

El estudio de Hostanida et al. (2023) encontró que el 61% de los cuidadores familiares en Indonesia reportaron la necesidad de reconocimiento en su rol de cuidadores de pacientes con cáncer. En la presente investigación, aunque no se midió directamente esta necesidad de reconocimiento, la alta prevalencia de niveles graves de ansiedad (64.6%) y depresión (58.5%) entre los cuidadores sugiere que la carga emocional y física podría beneficiarse significativamente del reconocimiento y apoyo social. Hostanida et al. reportaron que el 50.9% de los cuidadores necesitaban apoyo emocional. Los resultados de este estudio revelan una prevalencia significativa de ansiedad y depresión entre los cuidadores, lo que indica una necesidad crítica de apoyo emocional similar a la observada en Indonesia. El hecho de que el 69.2% de los cuidadores sean mujeres, quienes presentan niveles más altos de ansiedad y depresión, refuerza la necesidad de intervenciones específicas para ofrecer apoyo emocional adecuado a los cuidadores. El impacto del cáncer en la pareja fue reportado por el 41.8% de los cuidadores en el estudio de Hostanida et al., y problemas en la vida sexual fueron reportados por el 69.1%. En la presente investigación, no se evaluaron específicamente estos aspectos, pero el alto nivel de estrés y las demandas físicas y emocionales sobre los cuidadores pueden razonablemente afectar las relaciones de pareja y la vida sexual. Este es un aspecto importante para considerar en futuras investigaciones para ofrecer una visión más completa de las necesidades de los cuidadores. Hostanida et al. encontraron que el 39.1% de los cuidadores experimentaban pensamientos de muerte o suicidas asociados con la depresión y ansiedad. En el presente estudio, los niveles graves de depresión (58.5%) y ansiedad (64.6%) son alarmantemente altos, lo que sugiere que una proporción significativa de

cuidadores podría estar en riesgo de desarrollar pensamientos suicidas o sentimientos de desesperanza. La correlación significativa entre ansiedad y depresión ($r = 0.606$, $p < 0.001$) en la muestra analizada subraya la gravedad del problema y la necesidad de intervenciones efectivas.

El estudio de Coasaca (2019) encontró que el 23.3% de los cuidadores de pacientes con cáncer presentaban ansiedad. En la presente investigación, se observó una prevalencia significativamente mayor de ansiedad, con un 64.6% de los cuidadores presentando niveles graves de ansiedad. Este contraste podría estar influenciado por diferentes factores contextuales y sociodemográficos entre las poblaciones estudiadas. Sin embargo, ambos estudios coinciden en que la ansiedad es un problema prevalente y significativo entre los cuidadores de pacientes con cáncer. Coasaca (2019) reportó que el 6.7% de los cuidadores presentaban depresión. En comparación, los resultados obtenidos muestran una prevalencia mucho mayor, con un 58.5% de los cuidadores presentando niveles graves de depresión. Esta diferencia notable podría deberse a varios factores, incluyendo diferencias en los instrumentos de medición utilizados, las características de la muestra, o el contexto del cuidado oncológico en Arequipa. No obstante, ambos estudios subrayan el impacto significativo del cuidado de pacientes con cáncer en la salud emocional de los cuidadores. Coasaca (2019) afirmó que los cuidadores presentan altos porcentajes de ansiedad y depresión debido a la afectación de su salud emocional por la condición del paciente. En la investigación presente, la correlación significativa entre la ansiedad y la depresión ($r = 0.606$, $p < 0.001$) respalda esta afirmación, sugiriendo que los cuidadores que experimentan altos niveles de ansiedad también tienden a presentar niveles elevados de depresión. La condición grave del paciente, especialmente en casos de metástasis (55.38% en la muestra analizada), puede exacerbar esta afectación emocional. Aunque el estudio de Coasaca (2019) no detalla

explícitamente las necesidades de apoyo, los resultados obtenidos indican claramente la urgencia de implementar intervenciones de apoyo emocional y psicológico para los cuidadores. La alta prevalencia de ansiedad y depresión observada en la muestra analizada resalta la necesidad de proporcionar recursos y estrategias de afrontamiento para ayudar a los cuidadores a manejar el estrés y mejorar su bienestar emocional. En conclusión, los hallazgos obtenidos son consistentes con los reportes de Coasaca (2019), aunque muestran prevalencias mucho más altas de ansiedad y depresión entre los cuidadores de pacientes oncológicos en Arequipa.

El estudio de Cascella y García-Orellán (2020) encontró que la carga excesiva de cuidados tiene un gran impacto en la salud física y mental de los cuidadores. En su revisión bibliográfica, el 32.7% de los cuidadores reportaron sentirse fatigados, el 27.5% indicaron que su salud había empeorado, y el 18.1% manifestaron sentirse deprimidos. En la presente investigación, los resultados son más elevados, con un 64.6% de los cuidadores presentando niveles graves de ansiedad y un 58.5% presentando niveles graves de depresión. Esta discrepancia se debe a las diferencias en la metodología y el contexto del estudio, pero ambos coinciden en que la carga de cuidados tiene un impacto significativo en la salud mental de los cuidadores. Cascella y García-Orellán señalaron que los problemas físicos más comunes entre los cuidadores incluyen cansancio, dolores en los músculos o huesos, estrés, insomnio y dolores de cabeza. Aunque la investigación presente no evaluó directamente estos síntomas físicos, la alta prevalencia de ansiedad y depresión entre los cuidadores sugiere que estos problemas pueden estar presentes en la muestra analizada. Además, la percepción negativa de la salud es más común entre las mujeres, lo cual es consistente con los hallazgos obtenidos, donde el 69.2% de los cuidadores son mujeres y muestran mayores niveles de ansiedad y depresión. Cascella y García-Orellán también encontraron diferencias significativas en la

salud entre hombres y mujeres, con las mujeres reportando más problemas crónicos y una percepción más negativa de su salud. En la presente investigación, las mujeres cuidadoras presentan mayores niveles de ansiedad (43.1% en niveles graves) y depresión (38.5% en niveles graves) en comparación con los hombres (21.5% y 20%, respectivamente). Estos hallazgos refuerzan la idea de que las mujeres cuidadoras están más afectadas emocionalmente y tienen una percepción más negativa de su salud, lo cual es consistente con lo reportado por Cascella y García-Orellán, dicha revisión concluye que es necesario implementar intervenciones para reducir la carga de cuidados y mejorar la salud de los cuidadores. En línea con esta recomendación, los resultados obtenidos también destacan la urgencia de desarrollar programas de apoyo y estrategias de intervención para abordar los altos niveles de ansiedad y depresión entre los cuidadores de pacientes oncológicos en Arequipa. La correlación significativa entre ansiedad y depresión ($r = 0.606$, $p < 0.001$) sugiere que las intervenciones deben ser integrales y abordar ambos aspectos de la salud mental. Se concluye que los hallazgos están en consonancia con los de Cascella y García-Orellán (2020), destacando el impacto negativo significativo de la carga de cuidados en la salud física y mental de los cuidadores. Las altas tasas de ansiedad y depresión observadas en la investigación presente se subrayan la necesidad urgente de implementar intervenciones para apoyar a los cuidadores y mitigar los efectos adversos asociados con el cuidado de pacientes con cáncer.

El estudio de Martínez (2020) encontró que más del 90% de los cuidadores familiares o informales obtienen puntuaciones superiores a 46 puntos, indicando que experimentan el síndrome del cuidador quemado o de sobrecarga. En la investigación presente, aunque no se usó una medida específica del síndrome del cuidador quemado, los altos niveles de ansiedad (64.6% en niveles graves) y depresión (58.5% en niveles graves) entre los cuidadores

sugieren una sobrecarga emocional significativa que podría ser indicativa de este síndrome. Martínez (2020) también indicó que el desgaste emocional puede llevar a comportamientos perjudiciales como el abuso de sustancias y aumentar la probabilidad de problemas de salud física, como enfermedades respiratorias e inmunológicas. En el presente estudio, no se evaluaron directamente estos comportamientos ni problemas de salud física específicos. Sin embargo, la alta prevalencia de ansiedad y depresión severas sugiere que los cuidadores pueden estar en riesgo de desarrollar tales comportamientos y problemas de salud. La relación entre el cuidado de pacientes con cáncer y el deterioro de la salud física y mental de los cuidadores es un área que merece más atención en futuras investigaciones.

El estudio de Zhang et al. (2023) concluye que la carga del cuidador puede estar influenciada por factores como la edad, el parentesco con el paciente y el autocuidado del paciente oncológico. En la presente investigación, se encontró que la mayoría de los cuidadores son adultos (55.38%) y mujeres (69.23%). La relación con el paciente también es un factor importante: el 44.62% son hijos y el 18.46% son esposos/parejas. Estos resultados son comparables a los de Zhang et al., donde el 44.6% de los cuidadores eran hijos y el 40.8% eran parejas. La alta proporción de mujeres cuidadoras en ambos estudios sugiere que el género es un factor significativo en la carga del cuidado. Zhang et al. (2023) encontraron que el 81.2% de los cuidadores tenían una buena relación con el paciente, y el 85.9% eran casados. En la presente investigación, el estado civil de los cuidadores es más diverso: 41.54% casados, 40% solteros, 13.85% convivientes y 4.62% viudos. Aunque no se evaluó directamente la calidad de la relación, la diversidad en el estado civil podría influir en la percepción y manejo de la carga de cuidado.

El estudio de Zhang et al. muestra que el 57.5% de los cuidadores dedican entre 6 y

12 horas diarias al cuidado, mientras que el 53.9% cuidan solos al paciente. En la presente investigación, aunque no se midió las horas exactas de cuidado, la alta prevalencia de ansiedad (64.6% en niveles graves) y depresión (58.5% en niveles graves) sugiere una carga significativa. La falta de apoyo familiar es un factor crítico que podría exacerbar estos niveles de estrés y agotamiento emocional. Zhang et al. también resaltan el impacto económico del cuidado, con el 34.7% de los cuidadores invirtiendo más de 750 dólares al mes en la salud del paciente. En el presente estudio, no se recopilaron datos específicos sobre el impacto económico, pero es un aspecto crucial que puede afectar la salud mental y emocional de los cuidadores. El estrés financiero combinado con las demandas físicas y emocionales del cuidado puede aumentar significativamente la carga total del cuidador. Zhang et al. reportan que el 66.6% de los pacientes son varones, el 53.5% están en estadio IV de cáncer, y el 81.2% tienen metástasis. En la muestra analizada, el 55.38% de los pacientes tienen metástasis, lo que sugiere una alta demanda de cuidado intensivo. Estas características pueden contribuir a los altos niveles de ansiedad y depresión observados entre los cuidadores en la presente investigación.

El estudio de Espinola et al. (2023) estima que entre el 70% y el 80% de los cuidadores informales son mujeres, y la mayoría de ellas tienen entre 50 y 60 años, siendo generalmente las esposas del paciente. En la presente investigación, el 69.23% de los cuidadores son mujeres, lo cual se alinea con el rango estimado por Espinola et al. En cuanto a la edad, la mayoría de los cuidadores son adultos (55.38%), aunque no se especificó un rango etario exacto similar al del estudio de Espinola. La alta proporción de mujeres cuidadoras en ambas investigaciones resalta la carga significativa que recae sobre ellas. Díaz et al. (2019) encontraron que el 27.2% de las mujeres cuidadoras reportan problemas crónicos de salud y que existe una relación entre la sobrecarga de cuidado y un estado de salud

deteriorado cuando reciben menos apoyo social. En la presente investigación, aunque no se midió directamente los problemas crónicos de salud, los altos niveles de ansiedad (64.6% en niveles graves) y depresión (58.5% en niveles graves) sugieren una posible correlación con el deterioro de la salud física. Además, la falta de apoyo social podría estar contribuyendo a estos altos niveles de estrés y desgaste emocional, similar a lo observado por Díaz et al. Ambos estudios resaltan la relación entre la carga de cuidado y la degradación de la salud física y mental de los cuidadores. En la presente investigación, la elevada prevalencia de ansiedad y depresión entre los cuidadores refuerza la necesidad de intervenciones para abordar estos problemas. Es esencial ofrecer apoyo social y recursos para potenciar el bienestar general de los cuidadores, tal como sugieren los hallazgos de Díaz et al. En conclusión, nuestros hallazgos coinciden con los de Espinola et al. (2023) y Díaz et al. (2019) en términos de la elevada prevalencia de mujeres como cuidadoras y la relación entre la carga de cuidado, incluyendo el deterioro de la salud física y mental. La alta prevalencia de ansiedad y depresión en la muestra subraya la urgencia de implementar programas de apoyo específicos para los cuidadores, incluyendo estrategias para manejar el estrés y mejorar el apoyo social. Estas intervenciones pueden contribuir a la reducción de los efectos negativos del cuidado intensivo de pacientes oncológicos y mejorar notablemente la calidad de vida de los cuidadores.

Conclusiones

Primera

Existe una correlación directa y estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión en los cuidadores de pacientes oncológicos en un Hospital de Arequipa.

Segunda

La mayor parte de los cuidadores de pacientes oncológicos presenta niveles graves de ansiedad, luego alrededor de una quinta parte de ellos presenta niveles moderados de ansiedad y solo una mínima parte presenta niveles mínimos o leves de ansiedad.

Tercera

La mayoría de los cuidadores presenta niveles graves de depresión y menos de la tercera parte de ellos presentan niveles moderados de depresión, mientras los niveles leves de depresión se presentan en alrededor de una décima parte de todos los participantes.

Cuarta

Se pudo presenciar que la mayor parte de los participantes fueron de sexo femenino, predominando mujeres adultas. Las edades de los participantes oscilan entre los 18 y los 85 años, la mayor parte de los cuidadores son hijos o hijas de los pacientes, seguido por cuidadores que son esposos o parejas del paciente. La mayoría presentan secundaria completa como nivel educativo y la mayor parte de ellos trabaja.

Quinta

La mayoría de los pacientes de los cuidadores encuestados tienen cáncer al Aparato Digestivo y más de la mitad de ellos presenta menos de un año con la patología. Además, el 55% de los pacientes tienen metástasis.

Sugerencias

Primera

Se recomienda realizar más estudios o investigaciones en los cuidadores de pacientes oncológicos respecto al impacto que puede generar en su salud mental y física, incluyendo diversas variables como sobrecarga para poder prevenir o mitigar la afectación a su salud para que de este modo se pueda analizar el contexto y se tenga una visión global del tema.

Segunda

Se sugiere al servicio de psicología implementar programas para conservar la salud de los cuidadores para gestionar la fatiga emocional, aislamiento, estrés, desarrollo de comportamientos poco saludables (beber, fumar, comer poco o mucho e insomnio), soledad, entre otros, que puede producir ejercer este rol.

Tercera

Se sugiere a los cuidadores de pacientes oncológicos eliminar la falsa creencia que asistir al psicólogo o psiquiatra es equivalente a estar “desequilibrado mentalmente” o reconocer debilidad ya que puede retrasar o evitar el tratamiento causando que un cuadro de ansiedad o depresión que impacte en la salud del cuidador.

Cuarta

Se sugiere al estado peruano incrementar los profesionales a cargo de la salud mental en hospitales o postas, ya que esto haría asequible la salud mental a todos los peruanos independientemente de su condición económica.

Quinta

Si bien ambos inventarios presentan dimensiones, sería oportuno obtener niveles

incluyendo los baremos por cada dimensión para comprender de manera más profunda las dimensiones más afectadas en los cuidadores de pacientes oncológicos.



Limitaciones

Primera

Los escasos de investigaciones previas que coincidan o compartan participantes y las variables tratadas en este estudio limitan el conocimiento de perspectivas más amplias sobre este tema en Perú.

Segunda

Los instrumentos contienen términos clínicos que pueden ser incomprensibles para algunos participantes y provocar una interpretación incorrecta de los ítems por ello consideramos importante aplicación de la encuesta de manera individual.

Tercera

Completar el consentimiento, ficha sociodemográfica y los instrumentos en la perspectiva de algunos participantes puede ser agotador al tratarse de instrumentos relativamente largos.

Referencias

- Amador Ahumada, C., Puello Alcocer, E. C., & Valencia Jimenez, N. N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, 1–17.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662020000100010&script=sci_abstract
- American Psychological Association. (2017). *APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. In *Editorial Medica Panamericana: Vol. Quinta Edición*.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias*.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión* 19amed.
- Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., López, L., & Vázquez, F. L. (2019). Caregiver burden and associated factors in family caregivers in the Community of Galicia, Spain. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 54(1), 19–26.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.005>
- Cascella, G., & García-Orellán, R. (2020). Burden and Gender inequalities around Informal Care. *Investigación y Educación En Enfermería*, 38(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e10>
- Castillo, L. A., Arango-Gutiérrez, A., & De Vries, E. (2022). End of life of the cancer patient: patient, family and physician perceptions. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 50(3), 1–5.
<https://doi.org/10.5554/22562087.e1024>
- Cedillo, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electronica de*

Psicología Iztacala, 20(1), 239–251.

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58932>

Coasaca, R. (2019). *Prevalencia de la Ansiedad y la Depresión en Pacientes con Cáncer de Mama y sus Cuidadores en el Hospital Arzobispo Loayza en el Periodo Enero-diciembre del 2018.*

Díaz, M., Estévez, A., Momeñe, J., & Ozerinjauregi, N. (2019). Social support in the relationship between perceived informal caregiver burden and general health of female caregivers.

Ansiedad y Estrés, 25(1), 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.001>

Duran, T., Donjuan, B., Herrera, J., Llorente, Y., Cortes, D., & Guerra, J. (2023). Estrés y espiritualidad relacionado con la sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con dependencia total. *Revista Cubana de Enfermería*, 39.

https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864

Espinola, N., Pichon-Riviere, A., Casarini, A., Alcaraz, A., Bardach, A., Williams, C., Rodriguez, F., Augustovski, F., & Palacios, A. (2023). Making visible the cost of informal caregivers' time in Latin America: a case study for major cardiovascular, cancer and respiratory diseases in eight countries. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14835-w>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* Mc Graw Hill Education

Hostanida, C., Johnston, B., & Kotronoulas, G. (2023). An Exploration of Family Caregivers' Health Care Needs When Caring for Patients With Cancer in the Resource-Challenged Context of West Java, Indonesia. *Seminars in Oncology Nursing*, 39(3).

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151369>

Jabeen, S., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2024). Experiences of family caregivers in

dealing with cases of advanced breast cancer: a qualitative study of the sociocultural context in Punjab, Pakistan. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18404-1>

Kübler-Ross, E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico*.

Kugbey, N., Oppong, K., & Meyer-Weitz, A. (2020). Illness perception and coping among women living with breast cancer in Ghana: An exploratory qualitative study. *BMJ Open*, 10(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033019>

Lovo, J. (2021). Influencias del colapso del cuidador sobre el paciente. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(1), 47–48.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000100047

Martínez, S. (2020). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. *Ene*, 14(1).

Menautt, M., & Bustamante, F. (2018). *Apoyo social y depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica del hospital CASE ESSALUD de Arequipa*.

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/ithttps://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ec017077-a11a-439e-8495-391ef286f753>

Menéndez, G., & Caicedo, L. (2019). El estrés como factor principal del síndrome del cuidador en los representantes de las personas con discapacidad de la fundación FADINNAF. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/estres-sindrome-cuidador.html>

Mosquera, I., Larrañaga, I., Del Río, M., Calderón, C., Machón, M., & García, M. (2019).

Desigualdades de Género en los Impactos del Cuidado Informal de Mayores Dependientes en Gipuzkoa: Estudio Cuidar-se. In *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 93, Issue 6). Carlos Calderón Gómez. www.msc.es/resp

Oh, G. H., Yeom, C. W., Shim, E. J., Jung, D., Lee, K. M., Son, K. L., Kim, W. H., Moon, J. Y., Jung, S., Kim, T. Y., Im, S. A., Lee, K. H., & Hahm, B. J. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research, 130*, 109911.
<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2019.109911>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de bolsillo de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Medica Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Día Mundial contra el cáncer 2023: Por unos cuidados más justos*. Organización Panamericana de La Salud.
<https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos#:~:text=En%202023%2C%20la%20comunidad%20global,unir%20nuestras%20voces%20y%20actuar.>

Palomino, M. (2019). *Niveles de ansiedad en pacientes adolescentes y adultos que acuden a una clínica dental e la ciudad de Huancayo, 2019*.
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1678/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez, M., Álvarez, T., Martínez, E., Valdivia, S., Boroto, I., & Pedraza, H. (2017). *El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer Caregiver's syndrome in primary caregivers of aged with Alzheimer's dementia. 19(1)*.

Sadock, B., Ahmad, S., & Sadock, V. (2019). *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica: Vol. Sexta Edición*.

Steer, R., & Clark, D. (2019). Psychometric Characteristics of the Beck Depression Inventory-II With College Students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 30(3)*,

128–136.

Sun, V., Raz, D. J., & Kim, J. Y. (2019). Caring for the informal cancer caregiver. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13(3), 238–242.

<https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000438>

Vespa, A., Giulietti, M. V., Fabbietti, P., Di Rosa, M., Gattafoni, P., Sarzani, R., Arnaldi, G., Balercia, G., Berardi, R., Salvo, G., Attademo, L., & Spatuzzi, R. (2022). Structural Analysis of Social Behavior: Using Cluster Analysis to Examine Intrapsychic Personality Traits Associated With Depression in Women With Breast Cancer. *Cancer Control*, 29.

<https://doi.org/10.1177/10732748221103327>

Villafuerte, S. M., & Zúñiga, A. A. (2023). *Ansiedad y cibercondría en estudiantes universitarios*.

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5ba883b8-a0fc-4f82-b4ef-64a864622a1f/content>

Villa-Palomino, J. (2024). Learning to Care: Men's Parental Caregiving for Sons and Daughters in Peru. *Sage Journals*, 27(1), 23–41.

Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2020). Adaptation of the Beck Anxiety Inventory in population of Buenos Aires. *Interacciones Revista de Avances En Psicología*, 6.

<https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>

Wollney, E. N., Bylund, C. L., Kastrinos, A. L., Campbell-Salome, G., Sae-Hau, M., Weiss, E. S., & Fisher, C. L. (2023). Understanding parents uncertainty sources and management strategies while caring for a child diagnosed with a hematologic cancer. *PEC Innovation*, 3, 1–7.

<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100198>

Zhang, Y., Ding, Y., Liu, C., Li, J., Wang, Q., Li, Y., & Hu, X. (2023). Relationships Among

Perceived Social Support, Family Resilience, and Caregiver Burden in Lung Cancer

Families: A Mediating Model. *Seminars in Oncology Nursing*, 39(3).

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151356>



ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante:

Mediante el presente documento se le solicita su participación en el proyecto de investigación *Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes oncológicos en un hospital de Arequipa* elaborada por las estudiantes Pari Medina Alexandra y Chávez Gonzales Fernanda de la Universidad Católica de Santa María de la Escuela Profesional de Psicología.

El objetivo de esta investigación es determinar la correlación entre la ansiedad y depresión en familiares de Pacientes Oncológicos atendidos en un Hospital de Arequipa.

Comprendo que actué consecuentemente, libre y voluntariamente contribuyendo a esta investigación de forma activa. Soy conocedor de la autonomía que poseo para retirarme u oponerme a ejercicio académico, cuando sea conveniente y sin necesidad de tener una justificación. Finalmente, esta investigación no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respeta la buena fe, confidencialidad de la información brindada, lo mismo de mi seguridad física y psicológica, por lo tanto, autorizo que los resultados de este estudio sean publicados con fines académicos.

El tiempo que se tomara en responder estos cuestionarios eran de aproximadamente 15m minutos. En caso de tener alguna duda o pregunta sobre la investigación puedo contactarme con los correos.

7059827@ucsm.edu.pe

71240227@ucsm.edu.pe

Acepto participar y doy mi consentimiento

SI	NO
----	----



ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad:		Sexo:	
Relación con el paciente:			
a) Padre/Madre	b) Hijo(a)	c) Hermano(a)	d) Amistad
e) Esposo(a)/Pareja		f) Otro:	
Estado Civil:			
a) Soltero	b) Casado	c) Viudo	d) Conviviente
Grado de Instrucción:			
a) Sin educación	b) Primaria	c) Secundaria	d) Superior
Trabaja en la actualidad:			
a) SI		b) NO	
¿Le han realizado algún diagnóstico psiquiátrico anteriormente (ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc)?			
a) SI		b) NO	
Tipo de patología oncológica del paciente:			
Tiempo de patología oncológica del paciente:			
a) Menos de un año	b) Entre 1 a 3 años	c) Entre 3 a 5 años	d) De 5 años a más
Presencia de metástasis en el paciente oncológico:			
a) SI		b) NO	

ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En este inventario existe una lista de preguntas relacionadas a su forma de comportarse durante todos los días de su vida. Se le solicita que marque una solo alternativa por cada ítem, “En absoluto” quiere decir “nunca”. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique con una “X” en el casillero, dependiendo el grado en el que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana incluyendo hoy.

Edad:	
Grado de Instrucción: Básica ()	Superior ()
Género: Femenino ()	Masculino ()
Ocupación: Estudiante ()	Trabajador ()
Estado civil: Soltero/a ()	Casado/a ()

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Sensación de hormigueo en el cuerpo.				
2	Sensación de calor.				
3	Debilidad, temblor en las piernas.				
4	Incapacidad para relajarse.				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareos, vértigo.				
7	Palpitaciones, aumento del ritmo cardiaco.				

8	Sensación de inestabilidad inseguridad.				
9	Sensación de estar aterrorizado.				
10	Sensación de nerviosismo.				
11	Sensación de ahogo.				
12	Temblor de manos.				
13	Temblor generalizado estremecimiento.				
14	Miedo a perder el control.				
15	Dificultad para respirar.				
16	Miedo a morir.				
17	Sobresaltos, con miedo asustadizo.				
18	Indigestión o molestia abdominales.				
19	Palidez, sensación de desmayo. Rubor facial Sudoración, fría o caliente (no debido al calor)				
20	Rubor facial.				
21	Sudoración, fría o caliente (no debido al calor)				

Inventario de Depresión de Beck II

Nombre: _____ Estado civil: _____ Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea uno de ellos cuidadosamente.

Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido los últimos días, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambio en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de placer

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

5. Sentimientos de culpa

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

6. Sentimientos de castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

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

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas

3 Me es difícil interesarme por algo

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1a Duermo un poco más que lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duero mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito

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

19. Dificultad de concentración

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

20. Cansancio o fatiga

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

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

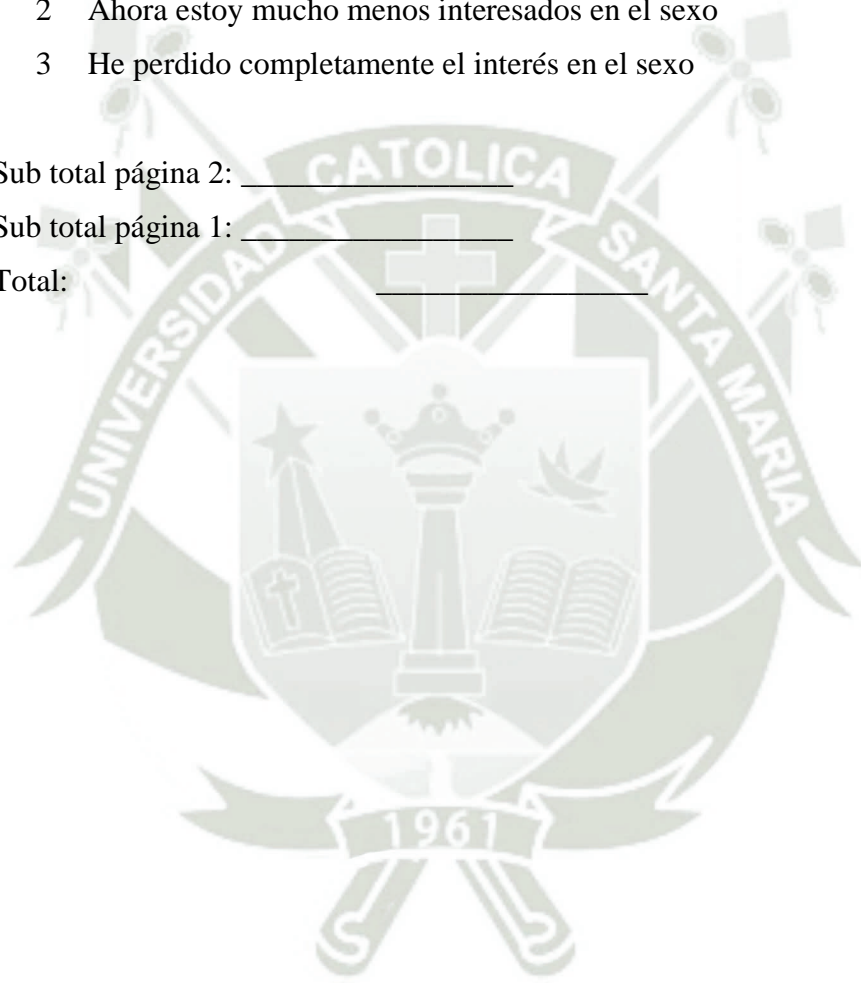
21. Pérdida de interés en el sexo

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

Sub total página 2: _____

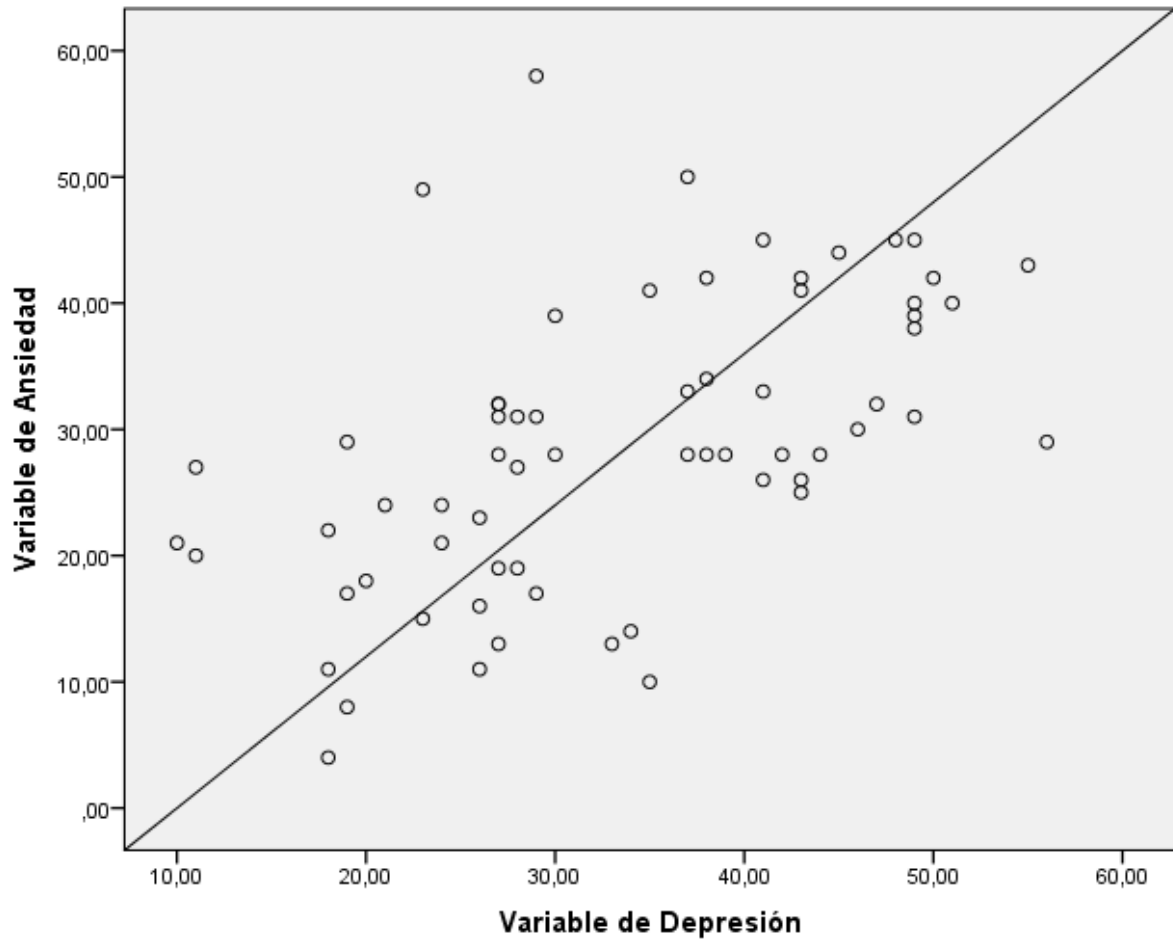
Sub total página 1: _____

Total: _____



ANEXO 4: NUBE DE PUNTOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Gráfico 1: Nube de puntos de Ansiedad y Depresión



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Cuidadores de pacientes oncológicos que reciben atención en el hospital en el área de oncología.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
092 - 2024



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL





GOBIERNO REGIONAL
AREQUIPA



“Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N° 022-2024-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el documento N° 7033571 y expediente N° 4361408, con la aceptación de la Jefatura del Departamento de Oncología y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA a:

**FERNANDA VERONICA CHAVEZ GONZALES
ALEXANDRA XIMENA PARI MEDINA**

, estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María, la ejecución del proyecto de investigación titulado: «**Ansiedad y Depresión en Cuidadores de Pacientes Oncológicos en un Hospital de Arequipa**», siendo el responsable institucional el Ps. Franklin Riveros Borda, psicólogo de nuestra institución.

Arequipa, 05 de junio del 2024.

PHQA/HDCT/ACS.
CC. Archivo
DOCUMENTO: 7033571
EXPEDIENTE: 4361408

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dr. Paul Quinde Alarcón
DIRECTOR
CMP. 37666

Hospital Goyeneche Av. Goyeneche s/n. Tefl. 231313. Tele Fax: 223501