



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

**TESIS**

Apoyo familiar y depresión en pacientes con diabetes mellitus  
tipo II en un hospital de Abancay, 2025.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

**PRESENTADO POR**

Rojas Lancho, Sailuz Dayeli

<https://orcid.org/0009-0001-5660-5928>

Dipas Del Castillo, Matsuh Astrid

<https://orcid.org/0009-0005-5406-7483>

**TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**DOCENTE ASESOR**

Dr. Aparcana Hernández, José Carlos

<https://orcid.org/0000-0001-7398-6817>

**Chincha, Perú, 2026**



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**MG. JOSÉ YOMIL PEREZ GOMEZ**

**Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**Universidad Autónoma de Ica.**

**Presente. -**

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarlo e informar que **SAILUZ DAYELI ROJAS LANCHO y MATSUH ASTRID DIPAS DEL CASTILLO** estudiantes de la Facultad de ciencias de la Salud, del programa Académico de Psicología, han cumplido con elaborar su:

PLAN DE TESIS

TESIS

**TITULADO: "APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY, 2025"**

Por lo tanto, quedan expeditas para continuar con el procedimiento correspondiente, remito la presente constancia adjuntando mi firma en señal de conformidad.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,

Ica 06/03/2026

Dr APARCANA HERNANDEZ José Carlos  
DNI: 21553760  
CODIGO ORCID: 0000-0001-7398-6817

**SERGIO A. DEL CASTILLO S.M.**  
NOTARIO DE LIMA  
Av. San Juan N° 1108 - San Juan de Miraflores  
Telfs. 466-0006 - 277-0251 - 276-3467

### DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, DIPAS DEL CASTILLO MATSUH ASTRID, identificado(a) con DNI N° 70156235, en mi condición de estudiante del programa de estudios de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la salud, en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: "Apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un hospital de Abancay", declaro bajo juramento que:

- a. La investigación realizada es de mi autoría
- b. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni autoplagio en su elaboración.
- c. La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- d. Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- e. La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

11 %

Autorizo a la universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normativa vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Abancay, 09 de marzo del 2026

  
Dipas Del Castillo Matsuh Astrid  
DNI: 70156235



ESTE DOCUMENTO NO HA SIDO REDACTADO EN LA NOTARIA

**LEGALIZACION A LA VUELTA**

**CERTIFICO:** QUE LA FIRMA QUE CONSTA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A DOÑA **MATSUH ASTRID DIPAS DEL CASTILLO**, QUIEN SE HA IDENTIFICADO CON SU DNI N° **70156235**; DOY FE.-----  
EL SUSCRITO NOTARIO CERTIFICA SOLO LA FIRMA DE LA OTORGANTE, ASUMIENDO ESTE LA TOTAL RESPONSABILIDAD POR EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO.-----  
SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE ADEMÁS DE HABER IDENTIFICADO A LA OTORGANTE CON SU RESPECTIVO DOCUMENTO DE IDENTIDAD, SE COMPROBO SU IDENTIDAD CON LA CONSULTA AL SERVICIO DE COMPARACION BIOMETRICA DE HUELLAS DACTILARES DEL REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL, EFECTUADA EN LA FECHA A TRAVES DE LA CONSULTA NUMERO **0124644985**, DE LO QUE DOY FE.-----

LIMA, 09 DE MARZO DE 2026.



*S. A. Del Castillo*  
SERGIO A. DEL CASTILLO S.M.  
NOTARIO DE LIMA



*RRV*

BOL. N° *32962*  
FACT. N° \_\_\_\_\_



0124644985



**NOTA KIA**  
**DEL CASTILLO SANCHEZ MORENO SERGIO ARNALDO**  
**SERVICIO DE AUTENTICACIÓN E IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA**



**INFORMACIÓN PERSONAL**

DNI 70156235  
Primer Apellido DIPAS  
Segundo Apellido DEL CASTILLO  
Nombres MATSUH ASTRID

**CORRESPONDE**

La primera impresión dactilar capturada corresponde al DNI consultado. La segunda impresión dactilar capturada corresponde al DNI consultado.

**DIPAS DEL CASTILLO, MATSUH ASTRID**  
DNI 70156235



**INFORMACIÓN DE CONSULTA DACTILAR**

Operador: 41051062 - Rocío Del Pilar Rodríguez Villanueva  
Fecha de Transacción: 09-03-2026 16:55:23  
Entidad: 10104959119 - DEL CASTILLO SANCHEZ MORENO SERGIO ARNALDO

**VERIFICACIÓN DE CONSULTA**

Puede verificar la información en línea en:  
<https://serviciosbiometricos.reniec.gob.pe/identifica3/verification.do>  
Número de Consulta: 0124644985





**NOTARIA**  
**VILLALVA ALMONACID**  
 NOTARIO DE ABANCAY



**DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

Yo, ROJAS LANCHO SAILUZ DAYELI, identificado(a) con DNI N° 74048007, en mi condición de estudiante del programa de estudios de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la salud, en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: "Apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un hospital de Abancay", declaro bajo juramento que:

*Rojas Lancho Sailuz Dayeli*

- a. La investigación realizada es de mi autoría
- b. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni autoplagio en su elaboración.
- c. La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- d. Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- e. La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

11 %

Autorizo a la universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normativa vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Abancay, 09 de marzo del 2026

*Rojas Lancho Sailuz Dayeli*

Rojas Lancho Sailuz Dayeli  
 DNI: 74048007

YO/EL/ELLA NO ASUME RESPONSABILIDAD SOBRE EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO, SALVO O QUE, CONSTITUYA EN SI, MÁS QUE UN ACTO ILÍCITO O CONTRARIO A LA MORAL O A LAS BUENAS COSTUMBRES

DOCUMENTO NO REDACTADO EN ESTA NOTARÍA

**LEGALIZACIÓN A LA VUELTA**



NOTARIA  
VILLALVA ALMONACID GUIDO DAVID  
SERVICIO DE AUTENTICACIÓN E IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA



INFORMACIÓN PERSONAL  
DNI 74048007  
Primer Apellido ROJAS  
Segundo Apellido LANCHO  
Nombres SAILUZ DAYELI



**CORRESPONDE**  
Al menos una impresión dactilar  
capturada (primera impresión dactilar)  
corresponde al DNI consultado.

*Sailuz Dayeli*  
ROJAS LANCHO, SAILUZ DAYELI  
DNI 74048007

INFORMACIÓN DE CONSULTA  
DACTILAR  
Operación: 20107118 - Verificación David  
Villalva Almonacid  
Fecha de Transacción: 09-03-2026  
17:56:22  
Entidad: 10201058781 - VILLALVA  
ALMONACID GUIDO DAVID

VERIFICACIÓN DE CONSULTA  
Puede verificar la información en línea en:  
https://repositorio.gob.pe/portal/verificacion-biometrica  
Número de Consulta: 0124646488



**CERTIFICACION DE FIRMA**

NOTARIO: GUIDO DAVID VILLALVA ALMONACID

**CERTIFICO:** QUE LA(S) FIRMA(S) QUE ANTECEDE(N) EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE(N) A: **ROJAS LANCHO, SAILUZ DAYELI**, IDENTIFICADO(A) CON DNI N° **74048007**, A QUIEN(ES) IDENTIFICO CON SU DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD Y UTILIZANDO LA VERIFICACIÓN POR COMPARACIÓN BIOMÉTRICA DE LAS HUELLAS DACTILARES POR EL SERVICIO QUE BRINDA EL RENIEC, SE CERTIFICA LA(S) FIRMA(S) MAS NO EL CONTENIDO, QUIEN(ES) ASUME(N) LA RESPONSABILIDAD POR EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO, EL NOTARIO NO ASUME RESPONSABILIDAD POR EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO N° 108 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1049: DE LO QUE DOY FE, =====  
ABANCAY, 09 DE MARZO DEL 2026.=====



*Guido David Villalva Almonacid*  
-----  
GUIDO DAVID VILLALVA ALMONACID  
ABOGADO - NOTARIO DE ABANCAY  
REG. N°090 CNA.

ESTE ESTÁ NOTARIA  
REDCAPTADO  
DOCUMENTO MO

LEGALIZACIÓN A LA VUELTA

## **Dedicatoria**

A mi esposo por ser la inspiración y gran apoyo incondicional en todo este camino, me ayudó a alcanzar este objetivo y darme una carrera para nuestro futuro. A mi mamá, tía y abuela, que sin ellas no podría culminar esta etapa en mi vida, que con su amor y fortaleza me brindaron cuidado y cariño desde la infancia y hoy son recompensados.

Astrid

A mis padres, hermanos, familiares y amigos íntimos, por ser pilares fundamentales en mi formación de valores y aptitudes que me permitieron lograr alcanzar cada una de mis metas, así mismos a todos los diferentes profesionales que me forjaron a ser el profesional que hoy soy, de manera independiente, en las diferentes etapas de mi vida y a futuros momentos que la vida me permita coincidir con cada uno de ellos. Finalmente a mí, que pese a cada dificultad que se me presentó pude superar y hoy son retribuidos de la manera más gratificante.

Sailuz

## **Agradecimiento**

Al señor nuestro Dios, por darnos la fuerza y fortaleza en esta nueva etapa de nuestras vidas, que formándonos a través de valores y perseverancia logramos alcanzar esta meta.

A la universidad Autónoma de Ica, por brindarnos la oportunidad de culminar nuestro grado académico de manera satisfactoria, contribuyendo a nuestra formación académica, profesional e integra.

A nuestro asesor, Dr. Aparca Hernández José Carlos por su apoyo incondicional, partiendo de la empatía hacia nuestra persona y encaminando cada una de las ideas de fines académicos

Finalmente nuestro más grato agradecimiento al Hospital EsSalud II de Abancay por brindarnos las facilidades necesarias para poder poner en práctica nuestro estudio a favor del bienestar social.

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo general de Identificar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025. Tuvo una metodología de diseño no experimental de sub nivel correlacional descriptivo, enfoque cuantitativo, tipo básico, con un alcance correlacional. La población estuvo conformada por 130 pacientes, tomados en su totalidad para la muestra. La técnica empleada fue la encuesta y para el instrumento se utilizaron dos cuestionarios: "Cuestionario MOS" para medir el apoyo familiar y "Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)" para medir la depresión. En cuanto a los resultados, 28,5% tiene un alto nivel de apoyo familiar y 61,5% presentan un nivel mínimo de depresión. Dentro de los hallazgos inferenciales, se obtuvieron para el resultado general  $Rho = -0,379$ ; en cuanto a las hipótesis específicas fueron: apoyo instrumental ( $Rho = -0,2899$ ), apoyo emocional/informacional ( $Rho = -0,346$ ), apoyo afectivo ( $Rho = -0,360$ ) y para interacción positiva ( $Rho = -0,382$ ), todos con un  $p$  valor  $< 0,05$ . Entonces, se concluye que existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025, siendo que, a mayor apoyo familiar, menores síntomas de depresión.

**Palabras claves:** *Apoyo instrumental, Apoyo afectivo, Depresión, Interacción positiva.*

## Abstract

The general objective of this study was to identify the relationship between family support and depression in patients with type II diabetes mellitus at a hospital in Abancay, 2025. It employed a non-experimental, descriptive correlational design with a quantitative approach and basic type, with a correlational scope. The population consisted of 130 patients, all of whom were included in the sample. The data collection technique was a survey, and two questionnaires were used: the MOS Questionnaire to measure family support and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) to measure depression. The results showed that 28.5% of the patients had a high level of family support, while 61.5% presented a minimal level of depression. The inferential findings for the overall result yielded a Rho value of -0.379. Regarding the specific hypotheses, they were: instrumental support (Rho = -0.2899), emotional/informational support (Rho = -0.346), affective support (Rho = -0.360) and for positive interaction (Rho = -0.382), all with a p value < 0.05. Therefore, it is concluded that there is a relationship between family support and depression in patients with Type II Diabetes Mellitus in a Hospital in Abancay, 2025, with greater family support resulting in fewer symptoms of depression.

**Keywords:** *Instrumental support, Affective support, Depression, Positive interaction.*

## Índice general

	Pág.
Portada	i
Constancia	ii
Declaración de autenticidad de la investigación	iii
Dedicatoria	viii
Resumen	x
Abstract	xi
Índice general	xii
Índice de tablas académicas	xiv
Índice de figuras	xv
I. INTRODUCCIÓN	16
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2.1. Descripción del Problema	18
2.2. Pregunta de Investigación General	21
2.3. Preguntas de Investigación Específicas	21
2.4. Objetivo general	21
2.5. Objetivos específicos	21
2.6. Justificación e importancia	21
2.7. Alcances y limitaciones	23
3.1. Antecedentes	25
3.2. Bases teóricas	29
3.3. Marco conceptual	38
IV. METODOLOGÍA	40
4.1. Tipo y nivel de investigación	40
4.2. Diseño de la Investigación	40
4.3. Hipótesis general y específicas	41
4.4. Identificación de las variables	41
4.5. Matriz de operacionalización de variables	43
4.6. Población – Muestra	45
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de Información	46
4.8. Técnica de análisis y procesamiento de datos	50
V. RESULTADOS	52
5.1. Presentación de resultados descriptivos	52

5.2 Presentación de resultados de tablas cruzadas	64
VI. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	72
6.1. Análisis inferencial	72
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	78
7.1. Comparación de resultados	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	96
Anexo 1: Matriz de consistencia	96
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	99
Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición	105
Anexo 4: Autorización para el uso de instrumentos	117
Anexo 5: Oficio y carta de presentación	121
Anexo 6: Solicitud de aplicación de investigación	123
Anexo 7: Consentimiento informado	125
Anexo 8: Constancia de aplicación de investigación	126
Anexo 9: Análisis de confiabilidad y base de datos	127
Anexo 10: Informe de Turnitin al 28% de similitud	139
Anexo 11: Evidencia fotográfica	140

## Índice de tablas académicas

<b>Tabla 1</b> Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II .....	52
<b>Tabla 2</b> Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.....	53
<b>Tabla 3</b> Familiares cercanos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II .....	54
<b>Tabla 4</b> Análisis de la variable apoyo familiar.....	55
<b>Tabla 5</b> Análisis de la dimensión apoyo instrumental.....	56
<b>Tabla 6</b> Análisis de la dimensión apoyo emocional .....	57
<b>Tabla 7</b> Análisis de la dimensión apoyo afectivo .....	58
<b>Tabla 8</b> Análisis de la dimensión apoyo positivo .....	59
<b>Tabla 9</b> Análisis de la variable depresión .....	60
<b>Tabla 10</b> Análisis de la dimensión área cognitiva .....	61
<b>Tabla 11</b> Análisis de la dimensión área física/conductual .....	62
<b>Tabla 12</b> Análisis de la dimensión área física/emocional .....	63
<b>Tabla 13</b> Análisis del cruce entre el apoyo familiar y depresión .....	64
<b>Tabla 14</b> Análisis del cruce entre el apoyo instrumental y depresión .....	65
<b>Tabla 15</b> Análisis del cruce entre el apoyo emocional/informacional y depresión .....	67
<b>Tabla 16</b> Análisis del cruce entre el apoyo afectivo y depresión .....	68
<b>Tabla 17</b> Análisis del cruce entre el apoyo positivo y depresión .....	70
<b>Tabla 18</b> Prueba de normalidad .....	72
<b>Tabla 19</b> Prueba de correlación entre el apoyo familiar y la depresión ...	73
<b>Tabla 20</b> Prueba de correlación entre el apoyo instrumental y la depresión .....	74
<b>Tabla 21</b> Prueba de correlación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión .....	75
<b>Tabla 22</b> Prueba de correlación entre el apoyo afectivo y la depresión ..	76
<b>Tabla 23</b> Prueba de correlación entre la interacción positiva y la depresión .....	77

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II .....	52
<b>Figura 2</b> Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II .....	53
<b>Figura 3</b> Familiares cercanos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II .....	54
<b>Figura 4</b> Análisis de la variable apoyo familiar .....	55
<b>Figura 5</b> Análisis de la dimensión apoyo instrumental .....	56
<b>Figura 6</b> Análisis de la dimensión apoyo emocional.....	57
<b>Figura 7</b> Análisis de la dimensión apoyo afectivo.....	58
<b>Figura 8</b> Análisis de la dimensión apoyo positivo.....	59
<b>Figura 9</b> Análisis de la variable depresión.....	60
<b>Figura 10</b> Análisis de la dimensión área cognitiva .....	61
<b>Figura 11</b> Análisis de la dimensión área física/conductual.....	62
<b>Figura 12</b> Análisis de la dimensión área física/emocional.....	63
<b>Figura 13</b> Análisis del cruce entre el apoyo familiar y depresión.....	64
<b>Figura 14</b> Análisis del cruce entre el apoyo instrumental y depresión.....	66
<b>Figura 15</b> Análisis del cruce entre el apoyo emocional/informacional y depresión .....	67
<b>Figura 16</b> Análisis del cruce entre el apoyo afectivo y depresión.....	69
<b>Figura 17</b> Análisis del cruce entre el apoyo positivo y depresión.....	70

## **I. INTRODUCCIÓN**

El estudio tuvo como objetivo “identificar la relación entre el apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025”. La característica principal de la diabetes tipo II es tener los niveles de glucosa en sangre altos, y se trata de una enfermedad crónica e incurable que requiere cuidados continuos y cambios importantes en el estilo de vida (OPS y OMS, 2023). Según Tran et al. (2021), señalan que las personas con esta enfermedad son muy propensas a sufrir trastornos emocionales, siendo la depresión el más común. La depresión está causada por las exigencias del tratamiento, las limitaciones dietéticas y las preocupaciones relacionadas con la salud.

El apoyo familiar desempeña un papel esencial en el manejo de la enfermedad, dado que brinda al paciente respaldo emocional, motivación y acompañamiento en el tratamiento médico. Una familia que proporciona comprensión y soporte contribuye a mejorar el bienestar psicológico de los pacientes diabéticos, en contraste, la falta de apoyo o la presencia de conflictos familiares incrementan los sentimientos de soledad, desesperanza y tristeza (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

De acuerdo con la OPS y la OMS (2023), la depresión, se manifiesta con la sensación persistente de tristeza, desinterés y baja energía en las actividades diarias que realiza un paciente. De acuerdo con Nicolau (2023), la coexistencia de depresión y diabetes tipo II puede agravar el pronóstico clínico, esto puede generar el desarrollo de complicaciones microvasculares o microvasculares.

El presente estudio consta capítulos que se detallan a continuación. En el capítulo I, se da una introducción a la investigación donde se presenta un resumen sobre las variables. El capítulo II considera la descripción del planteamiento del problema y los objetivos generales así como los específicos, así como la justificación e importancia. El capítulo III desarrolla el marco teórico y los antecedentes. En el capítulo IV describe la metodología, la operacionalización, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos. El capítulo V se presentan los resultados descriptivos de cada variable y dimensión, así como las tablas

cruzadas. En el capítulo VI se evidencia la contrastación de cada hipótesis. En el capítulo VII se presentan la discusión de los resultados con antecedentes de investigaciones anteriores. Asimismo, se presentan las conclusiones, recomendaciones y en el capítulo VII las referencias bibliográficas. Finalmente, se incluyen los anexos.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1. Descripción del Problema

En un contexto internacional, de acuerdo con Ruvalcaba et al. (2020), el apoyo familiar es pieza clave para el enfrentamiento de problemas, siendo que, un paciente que sufre de diabetes tiende a buscar ayuda en familiares en busca de ayuda para solucionar su problema de salud. Este reporte indica que, en un hospital de México, de 100 pacientes con Diabetes, el 87% vive con familiares, de los que, solo el 27% presentan apoyo familiar y solo el 10% de las familias felicitan al paciente por progresos en la glucosa, indicando que se debería concientizar no solo al paciente, sino también a la familia para que le preste atención y haga los seguimientos cotidianos.

Los estudios han demostrado que la prevalencia de síntomas depresivos es mayor en las personas con diabetes que en la población general, lo que respalda la relación bien documentada entre la depresión y la diabetes mellitus. Nicolau (2023) entre un 11,4 % y un 31 % de las personas con diabetes tipo 2 presentan algún tipo de depresión, aunque la prevalencia es inferior al 4 % en la población sin diabetes. Además, la probabilidad de depresión en personas con diabetes tipo 1 puede ser de hasta el 30 %, lo que es mucho mayor que en la población general. Además, debido a un aumento de las consultas médicas y hospitalizaciones, las personas con diabetes y depresión tienen un 50 % más de probabilidades de morir por cualquier causa y necesitan cuatro veces más recursos sanitarios.

Según el National Center for Biotechnology Information (2025), se estima que la prevalencia de depresión entre personas con diabetes es aproximadamente del 11,4%. Además, sugieren que la prevalencia global de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 ronda el 28% y que las tasas de depresión son similares entre diabetes tipo 1 (22%) y tipo 2 (19%). Más aún, cuando coexisten complicaciones de la diabetes, el riesgo de desarrollar depresión aumenta las complicaciones microvasculares elevan dicho riesgo en un 24%, mientras que las macrovasculares lo hacen en un 9%.

En un contexto peruano, Ferrazza y Pesantes (2024), realizó un estudio en hombres peruanos con diabetes tipo II, y aborda cómo el apoyo familiar interactúa en el manejo de la enfermedad. El involucramiento familiar en el cuidado diario, el acompañamiento y el soporte emocional pueden facilitar la adhesión al tratamiento, aunque las expectativas culturales masculinas y las presiones sociales también pueden limitar la expresión de necesidades emocionales ante la familia, lo que incide en cómo se recibe y percibe ese apoyo.

En el año 2024, en el Perú, se presentaron 256 563 casos de depresión en los centros médicos peruanos. De ellos, 75% fueron diagnosticadas en el sexo femenino y 24% en personas con sexo masculino. En cuanto a las edades, donde hubo más afección fue en adultos con un 41% en total, seguido de los jóvenes, que fueron un total de 26%, seguido de las personas mayores con un 17% y finalmente los adolescentes en un 12%. Estos datos ponen de manifiesto la elevada prevalencia de la depresión en Perú y subrayan la urgente necesidad de mejorar los sistemas de detección y atención de la salud mental (Ministerio de Salud, 2025).

De acuerdo con Chang et al. (2024) el 15,7% de los adultos peruanos entre 27 y 59 años presentan depresión crónica, y que esta condición es más frecuente en quienes padecen diabetes mellitus, con una prevalencia del 25,7% frente al 15,4% en personas sin diabetes. Además, la depresión fue más común en los grupos con bajo nivel educativo (18,9%) y menor índice de riqueza (16,6%), lo que evidencia la influencia de los factores socioeconómicos sobre la salud mental. El estudio resalta que, en el Perú, los pacientes con diabetes tienen entre dos y tres veces más probabilidades de experimentar un trastorno depresivo, reflejando así una problemática nacional que combina vulnerabilidad metabólica, desigualdad social y déficit en la atención psicológica.

A nivel local, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, principal centro de referencia en la región Apurímac, reportó que, en el área de Psicología y Psiquiatría, los trastornos depresivos figuran entre los principales motivos de consulta. En Psicología, el episodio depresivo moderado representó el 1,62% del total de casos, mientras que en

Psiquiatría el mismo diagnóstico alcanzó el 7,25% de las atenciones, siendo la primera causa de morbilidad en dicha especialidad. Además, se identificaron indicadores de vulnerabilidad familiar: los problemas de relación de pareja, negligencia o abandono, y situaciones familiares atípicas, que en conjunto suman más del 3% de las atenciones psicológicas, lo cual sugiere la influencia de factores familiares y sociales en la aparición o mantenimiento de síntomas depresivos (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2020).

Por otro lado, el Servicio Social del hospital reportó que los problemas en relación con el soporte socio-familiar constituyeron el 13,2% de las atenciones, situándose entre las tres principales causas de intervención. Este dato refuerza la importancia del entorno familiar como factor protector o de riesgo frente al desarrollo de alteraciones emocionales en pacientes crónicos, especialmente en aquellos con enfermedades no transmisibles como la diabetes (Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2020).

En la ciudad de Abancay, durante el año 2025, se ha observado que muchos pacientes carecen de este soporte, lo que limita su estabilidad emocional y su compromiso con el tratamiento. Cuando el entorno familiar brinda respaldo, el paciente suele mostrar una mejor disposición para seguir las indicaciones médicas, asumir hábitos saludables y mantener una actitud positiva frente a su enfermedad.

Asimismo, se ha identificado que las personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo II presentan síntomas de depresión frente al tratamiento. Esta condición emocional no solo afecta su bienestar psicológico, sino también su adherencia al control médico. La depresión en pacientes diabéticos tiende a agravar el curso de la enfermedad, dificultando el control glucémico y aumentando el riesgo de complicaciones.

Es por ello que la investigación se centra en responder el objetivo de identificar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025.

## **2.2. Pregunta de Investigación General**

**PG.** ¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?

## **2.3. Preguntas de Investigación Específicas**

**PE1.** ¿Cómo se relaciona el apoyo instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?

**PE2.** ¿Cómo se relaciona el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?

**PE3.** ¿Cómo se relaciona el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?

**PE4.** ¿Cómo se relaciona la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?

## **2.4. Objetivo general**

**OG.** Identificar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

## **2.5. Objetivos específicos**

**OE1.** Determinar la relación entre el apoyo instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**OE2.** Determinar la relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**OE3.** Determinar la relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**OE4.** Determinar la relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

## **2.6. Justificación e importancia**

### **Justificación**

**Justificación teórica:** Se justifica ya que ha sido ampliamente abordada en la literatura científica, evidenciándose que el entorno familiar cumple un papel fundamental en la adaptación emocional de los pacientes con Diabetes tipo II con depresión, la ausencia o deficiencia de apoyo familiar se asocia con mayores niveles de vulnerabilidad emocional, sentimientos de soledad y desesperanza. Por ello, la familia no solo actúa como un

espacio de soporte emocional, sino también como un agente clave en la prevención y afrontamiento de la depresión en pacientes con Diabetes. Por lo tanto, este estudio aportó con la ampliación de teorías referentes a las variables estudiadas, fortaleciendo el conocimiento sobre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con esta enfermedad.

**Justificación práctica:** El presente estudio permitió disponer de información relevante sobre el nivel de apoyo familiar y la de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital de Abancay. Estos hallazgos sirvieron de base para que el personal de salud implemente programas de acompañamiento familiar y estrategias de atención integral orientadas a fortalecer el soporte emocional de los pacientes. Asimismo, los resultados pueden ser utilizados en la formulación de políticas y planes de intervención que promuevan la participación activa de la familia en el control y manejo de la enfermedad.

**Justificación metodológica:** en el estudio se utilizó un método cuantitativo, correlacional y transversal para proporcionar una evaluación imparcial de la relación entre la depresión y el apoyo familiar. Para ello, se utilizaron dos medidas validadas a nivel mundial que garantizan la validez y la fiabilidad de los datos: el “Inventario de Apoyo Social del Estudio de Resultados de la Salud” (MOS-SSS) y el “Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)”. El enfoque propuesto permitió recopilar datos empíricos que respalden la toma de decisiones basada en pruebas en la gestión de enfermedades crónicas y salud mental.

### **Importancia**

El estudio tuvo importancia al enfocarse en una problemática significativa dentro de la salud pública: “la presencia de síntomas depresivos en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II”. En este escenario, el respaldo proveniente del entorno familiar se vuelve un elemento fundamental para favorecer la continuidad y el cumplimiento adecuado del tratamiento por parte de los pacientes. En la ciudad de Abancay, donde las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud mental son limitados, resultó fundamental comprender cómo las dinámicas familiares se relacionan en el estado emocional de los pacientes. Por ello, la investigación fue pertinente, ya que permitió generar evidencia

contextualizada que contribuya a mejorar las estrategias de intervención y acompañamiento integral desde el entorno familiar y el sistema de salud.

El impacto social de este estudio radicó en su potencial para fortalecer la atención integral de los pacientes con Diabetes tipo II, al resaltar la importancia del apoyo familiar como elemento esencial en el manejo de la depresión, así como su prevención. Los resultados sirvieron como base para diseñar programas de orientación familiar, talleres psicoeducativos y políticas hospitalarias que promuevan la participación activa de las familias en el proceso terapéutico. De esta manera, se favorece la mejora de la construcción de entornos familiares más empáticos y solidarios. Además, los hallazgos benefician a la ciudad de Abancay al fomentar una cultura de cuidado emocional y apoyo mutuo.

El estudio reviste gran relevancia social y sanitaria, ya que la Diabetes Mellitus tipo II y la depresión se encuentran entre las principales causas de pérdida de años de vida saludable en la región de Apurímac. Comprender la relación entre ambas variables permite orientar políticas y programas locales hacia la atención integral del paciente crónico, incorporando el componente familiar como factor protector. Además, los resultados benefician directamente a la población del Hospital de Abancay.

La presente investigación también es coherente con los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)” propuestos por la OMS y las Naciones Unidas, particularmente con el ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.”

Contribuye al ODS 3 al impulsar acciones orientadas a fortalecer la salud mental y el bienestar emocional de personas con enfermedades crónicas, considerando la depresión como un desafío de salud pública que repercute negativamente en el cumplimiento terapéutico de quienes viven con este padecimiento.

## **2.7. Alcances y limitaciones**

### **Alcances**

La investigación desde el nivel correlacional. Tuvo por finalidad establecer la relación entre las variables estudiadas.

El alcance teórico, contribuyó al fortalecimiento del apoyo familiar y la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, brindando evidencia empírica que puede servir como referencia para futuras investigaciones.

Desde el punto de vista social y espacial, el estudio se desarrolló en un hospital de la ciudad de Abancay, considerando únicamente a los pacientes atendidos en dicha institución.

Finalmente, la investigación se realizó durante segundo semestre del 2025 y parte del primer semestre del 2026.

### **Limitaciones**

La presente investigación presentó limitaciones para contar con la autorización por parte de la directiva del hospital donde se desarrolló el estudio, a fin de realizar la aplicación de los instrumentos a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. No obstante, se dio a conocer el propósito y alcance de la investigación, lo que permitió finalmente obtener la autorización correspondiente para la recolección de datos.

Asimismo, se tuvo limitaciones para conseguir la autorización de los autores del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido y del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en su versión en español, debido a la falta de información precisa sobre los canales de contacto y a la demora en la respuesta por parte de los autores o representantes. Sin embargo, pese a dichas dificultades, se logró obtener la autorización para el uso de ambos instrumentos exclusivamente con fines académicos y de investigación.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes

##### **Antecedentes internacionales**

Nanguce y Sierra (2024), tuvieron como objetivo general de hallar la relación entre variables en una población de adultos mayores con diabetes”. La metodología empleada fue descriptiva, con un enfoque cuantitativo y nivel correlacional. La población estuvo conformada por 195 adultos mayores diabéticos. El autor utilizó la encuesta, y los instrumentos: “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” y el “Apgar Familiar”. Los resultados mostraron que el 81.5% no presentó depresión, el 14.9% presentó depresión leve; mientras que el 88.2% refirió pertenecer a una familia funcional. El coeficiente Rho fue de -0.123 ( $p = 0.088$ ). Se concluyó que una mayor funcionalidad familiar actúa como factor protector frente a la depresión.

Rondón y Angelucci (2021), tuvieron como objetivo general “determinar el modelo en diabetes tipo 2 que presenta un mayor ajuste a los datos”. La investigación siguió un enfoque cuantitativo, con un diseño transeccional–causal, un nivel explicativo y un esquema metodológico no experimental. La población estuvo constituida por 278 personas diagnosticadas con diabetes tipo 2. Además, se empleó una encuesta estructurada y se utilizó como instrumento un cuestionario. Se halló que una mayor adherencia al tratamiento y el uso de estrategias de evitación se asociaron con mayor depresión, mientras que una mayor red de apoyo social se vinculó con menor depresión ( $r = -.38$  en el Modelo A y  $r = -.27$  en el Modelo B). Se concluye que poseer una red de apoyo sólida y utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas son factores protectores.

Gómez (2020), tuvo como objetivo general de hallar una relación entre las variables estudiadas. El autor empleó una metodología cuantitativa, con un alcance correlacional y con un diseño no experimental. La población estuvo conformada por 211 pacientes diabéticos tipo 2. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos aplicados fueron el “Cuestionario de Funcionalidad

Familiar (FF-SIL)” y el “Inventario de Depresión de Beck”. Los resultados revelaron que el 84.4% de los pacientes no presentaban depresión, el 80.1% mostró una familia funcional. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar ( $\chi^2$ ,  $p = 0.000$ ;  $r = 0.436$ ), además de relaciones significativas entre depresión y estado civil ( $p = 0.002$ ) y entre depresión y edad ( $p = 0.018$ ). En conclusión, se determinó que una buena funcionalidad familiar actúa como factor protector frente a la depresión.

Aya et al. (2020), tuvo como objetivo “determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos”. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, empleando un diseño no experimental, de corte transversal y con un nivel correlacional. La población total estuvo integrada por 1,019 personas, de las cuales se obtuvo una muestra estratificada de 310 participantes. Para la recopilación de datos se utilizaron tres instrumentos: una ficha de identificación personal y dos cuestionarios. Para el análisis estableció una significancia en  $p < 0.05$ . En conclusión, se evidenció una correlación significativa entre la funcionalidad familiar y los síntomas depresivos.

Rosales-Peña et al. (2024), tuvieron como objetivo general analizar la relación de dos variables en una población de adultos mayores con diversas patologías. Este estudio empleó una metodología no experimental, así como un nivel correlacional y con un diseño de investigación no experimental. La población estuvo conformada por 250 adultos mayores de 60 años. Se aplicaron dos instrumentos. Los resultados evidenciaron que el 84.6% de los pacientes con disfunción familiar presentaron algún grado de depresión, en comparación con el 17.4% de los que pertenecían a familias funcionales; además, se obtuvo una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.0001$ ) entre ambas variables. Se concluyó que existe una relación significativa entre los niveles de funcionalidad familiar y la presencia de depresión.

Jiménez (2020), el objetivo general fue “determinar la relación entre la depresión y el apoyo familiar en pacientes seropositivos a VIH”. La metodología correspondió a un estudio observacional, transversal, de nivel correlacional y enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental. La población estuvo conformada por pacientes derechohabientes seropositivos con un total de 68 participantes. Se aplicaron los instrumentos la “Escala de Depresión de Zung” y la “Escala de Percepción del Sujeto con VIH sobre el Apoyo Familiar”. Los resultados mostraron que el 60.3% de los pacientes no presentó depresión, además, el 75% percibió apoyo familiar. Se halló una correlación inversamente proporcional y significativa entre depresión y apoyo familiar ( $r = -0.500$ ;  $p = 0.000$ ), corroborada en los factores preocupación familiar ( $r = -0.510$ ), apoyo emocional ( $r = -0.578$ ) y percepción de apoyo ( $r = -0.509$ ). Se concluye que a mayor apoyo familiar existe menor nivel de depresión en los pacientes.

### **Antecedentes nacionales**

Pari (2020), tuvieron como objetivo de determinar la relación entre variables estudiadas. La metodología utilizada fue de tipo básico, con diseño no experimental, nivel correlacional y enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 120 pacientes. Los instrumentos aplicados fueron el “Cuestionario de Apoyo Familiar (APGAR familiar)” y el (BDI-II)”. Los resultados evidenciaron una relación significativa e inversa entre el apoyo familiar y la depresión ( $r = -0.621$ ;  $p < 0.001$ ), observándose que el 68.3% de los pacientes con bajo apoyo familiar presentaron niveles moderados o severos de depresión. En conclusión, se determinó que a menor apoyo familiar mayor es el nivel de depresión.

Torres (2024), tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables estudiadas por el autor. La metodología fue de tipo básico, con un nivel correlacional y con un enfoque cuantitativo. La población y muestra estuvo conformada por 74 pacientes. Se empleó como instrumentos los cuestionarios de apoyo familiar y depresión, se

obtuvo un resultado general de  $\rho = -0.235$  con  $p = 0.022$  entre el apoyo familiar y la depresión. En cuanto a los resultados específicos, se halló relación negativa débil entre apoyo emocional y depresión ( $\rho = -0,311$ ), entre apoyo afectivo ( $\rho = -0,197$ ), mientras que el apoyo instrumental ( $\rho = -0,190$ ) y la interacción positiva ( $\rho = -0,183$ ) no mostraron relación significativa ( $\text{sig.} = >0,05$ ). En conclusión, el estudio determinó que el apoyo familiar constituye un factor protector frente a la depresión en pacientes con enfermedades crónicas.

Quispe y Taza (2023), el objetivo general fue de hallar la dirección de la relación entre dos variables. El trabajo se enmarcó en una investigación de tipo básica, con un diseño no experimental, alcance correlacional y enfoque cuantitativo. La población estuvo compuesta por 100 pacientes. Para la obtención de la información se utilizaron dos cuestionarios. Los resultados revelaron una correlación negativa media y altamente significativa entre depresión y funcionalidad familiar ( $\rho = -0.600$ ;  $p = 0.000$ ); además, se hallaron correlaciones negativas entre depresión y cohesión familiar ( $\rho = -0.443$ ;  $p = 0.000$ ), adaptabilidad familiar ( $\rho = -0.524$ ;  $p = 0.000$ ) y comunicación familiar ( $\rho = -0.425$ ;  $p = 0.001$ ). En conclusión, se determinó que a medida que disminuye la funcionalidad familiar aumentan los niveles de depresión.

Gómez (2025), el objetivo fue determinar la relación entre dos variables estudiadas por el autor. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, asimismo, fue básica, de diseño no experimental, de corte transversal y con un alcance correlacional. La población, que también constituyó la muestra, estuvo integrada por 100 personas adultas. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y se aplicaron dos instrumentos: la "Escala de Funcionalidad Familiar" elaborada por David Olson y la "Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton". Los resultados evidenciaron una relación entre funcionalidad familiar y depresión ( $r = -0.254$ ;  $p = 0.002$ ); asimismo, se halló correlación positiva débil entre cohesión y depresión ( $r = 0.274$ ;  $p = 0.000$ ), correlación negativa moderada entre

adaptabilidad y depresión ( $r = -0.419$ ;  $p = 0.002$ ) y relación negativa débil entre comunicación y depresión ( $r = -0.167$ ;  $p = 0.004$ ). En conclusión, se determinó que una menor funcionalidad familiar se asocia con mayores niveles de depresión.

### **Antecedentes regionales y locales**

Se realizó la búsqueda de antecedentes a nivel regional y local; sin embargo, no se identificaron estudios que abordaran las mismas variables dentro de la misma línea de investigación.

## **3.2. Bases teóricas**

### **Apoyo familiar**

Es un elemento fundamental para el desarrollo humano y el bienestar integral. Este concepto alude al conjunto de recursos afectivos, sociales, materiales y emocionales que los miembros de una familia se ofrecen entre sí con el propósito de cubrir necesidades, afrontar situaciones complejas y fortalecer la dinámica de convivencia. Dicho respaldo se evidencia en prácticas de acompañamiento, cuidado, comprensión y cooperación mutua, las cuales contribuyen a la estabilidad emocional y refuerzan el sentido de pertenencia dentro del núcleo familiar (Alama y Obaco, 2024).

En el contexto social actual, caracterizado por cambios acelerados, estrés cotidiano y desafíos económicos o de salud, el apoyo familiar adquiere una función protectora. Actúa como un amortiguador frente a las presiones del entorno, reduce el riesgo de aislamiento y potencia la capacidad de afrontamiento individual y colectivo. Además, fomenta la cohesión, la comunicación y la resiliencia familiar, convirtiéndose en un elemento determinante para el equilibrio emocional y psicológico de sus miembros (Rios y Espínola, 2020).

El apoyo familiar también se entiende como un proceso que no solo abarca la acción de ofrecer ayuda, sino también la capacidad de recibir y valorar el respaldo proveniente de los demás integrantes del hogar. En esta interacción, la familia desempeña un papel central en el bienestar social y psicológico de sus miembros, favoreciendo el

desarrollo de la autoestima, la confianza personal y la estabilidad emocional (Castiblanco et al., 2021).

**Perspectiva histórica:** El interés por estudiar el apoyo familiar comenzó a consolidarse a mediados del siglo XX, cuando la psicología social y la sociología empezaron a examinar cómo las redes interpersonales influían en la salud mental y en el bienestar general. Durante la década de 1970, investigadores como Cobb (1976) y Caplan (1974) conceptualizaron el apoyo social como un elemento protector ante situaciones estresantes y diversos trastornos psicológicos. Posteriormente, este concepto se amplió al entorno familiar, entendiendo a la familia como el primer núcleo de apoyo emocional, instrumental y afectivo del individuo. En 1990, subrayaron el rol del apoyo familiar en el afrontamiento de enfermedades crónicas, dificultades emocionales y procesos de desarrollo infantil. Hoy en día, el apoyo familiar se considera una dimensión clave del bienestar psicológico y de la resiliencia frente a situaciones difíciles (Aranda y Pando, 2013).

## **Dimensiones**

### **a. Apoyo instrumental**

Cajachagua et al. (2022), refiere a la ayuda práctica, material o tangible que se ofrece dentro del contexto familiar. Incluye acciones como el cuidado durante una enfermedad, el acompañamiento médico, el apoyo económico o la colaboración en tareas domésticas.

### **b. Apoyo emocional/informacional**

Corresponde al suministro de orientación, sugerencias o datos relevantes que facilitan la toma de decisiones y la solución de dificultades. Este tipo de apoyo favorece el análisis y la comprensión de los acontecimientos, ayudando a que el individuo actúe con mayor claridad y confianza frente a problemas o momentos de incertidumbre (Ruvalcaba et al., 2020).

### **c. Apoyo afectivo**

Hace referencia a las expresiones de afecto, empatía, cariño y comprensión entre los integrantes del núcleo familiar. Su presencia fortalece la conexión emocional, propicia un sentimiento de

aceptación y disminuye la sensación de aislamiento. Incluye gestos de cariño, acompañamiento emocional y apoyo moral (Cajachagua et al., 2022).

#### **d. Interacción positiva**

De acuerdo con Arriaga et al. (2023), este tipo de apoyo refiere cuando la persona dispone de tiempo de calidad, utilidad del respaldo para con el paciente. Implica, además, la sensación de seguridad emocional que brinda saber que los familiares estarán presentes cuando se atraviesen situaciones adversas.

### **Teorías del apoyo familiar**

#### **a) Teoría del apoyo social percibido**

Sherbourne y Stewart formularon el modelo del “Medical Outcomes Study (MOS)”, donde sostienen que depende de la apreciación subjetiva que tiene el individuo sobre la disponibilidad, accesibilidad y calidad del respaldo proveniente de su entorno cercano, en especial del ámbito familiar. De acuerdo con estas autoras, la convicción de contar con un apoyo estable y confiable se relaciona positivamente con mejores condiciones de salud física, menores niveles de ansiedad y una mayor satisfacción con la vida (Rocha y Gavilanes, 2024).

El modelo MOS agrupa el apoyo percibido en dimensiones funcionales, que se interrelacionan y se expresan en distintos contextos familiares:

**Apoyo afectivo:** manifestaciones de amor, empatía, comprensión y aceptación.

**Apoyo instrumental:** ayuda material o práctica frente a situaciones concretas.

**Apoyo emocional/informacional:** provisión de orientación, consejo y guía.

**Interacción positiva:** sentimiento de confianza, comunicación y valoración personal.

#### **b) Teoría del apoyo social como amortiguador del estrés**

Cohen y Wills propusieron que el apoyo social, particularmente el familiar, cumple un efecto amortiguador frente al impacto negativo

del estrés. Esta teoría plantea que las personas que se sienten respaldadas por sus familias presentan mayor estabilidad emocional y mejor capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas (Angulo-Salas, 2025).

El modelo distingue dos funciones principales del apoyo social:

**Función protectora:** disminuye la percepción de amenaza o angustia ante eventos estresantes.

**Función promotora:** fomenta la autoestima, el sentido de pertenencia y la autoeficacia.

Desde esta perspectiva, la familia no solo ofrece ayuda material o emocional, sino que también crea un contexto de seguridad psicológica, donde el individuo se siente comprendido y valorado, lo que reduce la vulnerabilidad frente a problemas físicos o mentales (Angulo-Salas, 2025).

### **c) Teoría general de sistemas**

Según Bertalanffy, la familia es un sistema importante en el que el equilibrio de cada miembro se ve afectado por los cambios de los demás, dado que se trata de un sistema independiente. Para la estabilidad familiar son necesarios el trabajo en equipo, la comunicación, y la capacidad de adaptación de los miembros (Ronquillo et al., 2024).

El apoyo familiar se concibe como una interacción recíproca, donde el bienestar de cada persona contribuye al funcionamiento saludable del sistema familiar (Ronquillo et al., 2024).

Las principales dimensiones son:

**Interdependencia:** los miembros dependen mutuamente para mantener el equilibrio.

**Retroalimentación:** las acciones de apoyo generan respuestas que refuerzan los lazos familiares.

**Adaptabilidad:** la familia ajusta sus roles y estrategias para enfrentar crisis o transformaciones.

Esta teoría resalta que el apoyo familiar no se limita a una conducta individual, sino que surge de la dinámica relacional del sistema familiar en su conjunto (Ronquillo et al., 2024).

**Paradigma psicológico:** El apoyo familiar se enmarca principalmente en el paradigma humanista y sistémico.

Desde el paradigma humanista, se reconoce a la familia como un espacio donde se promueven el crecimiento personal, la empatía y la aceptación incondicional, valores esenciales para la autorrealización del individuo (Tobón y Correa, 2022).

Desde el paradigma sistémico, la familia se concibe como un sistema interconectado en el que los cambios en uno de sus miembros afectan al conjunto. Este enfoque, explica que el apoyo familiar depende de la dinámica relacional, los roles y los patrones de comunicación dentro del sistema familiar (Acevedo, 2019).

**Perspectiva filosófica:** el apoyo familiar se fundamenta en la ética del cuidado, que comprende las relaciones familiares como vínculos de responsabilidad moral, empatía y atención ante la vulnerabilidad del otro. Noddings (2013, citado en Vázquez, 2009), señala que el cuidado auténtico implica una disposición afectiva y ética hacia el bienestar del ser cuidado, lo que en el contexto de una enfermedad crónica se traduce en acompañamiento emocional, afectivo y práctico por parte de la familia. Asimismo, la visión humanista reconoce a la familia como un espacio que promueve la dignidad, la comprensión y el crecimiento personal del paciente durante su proceso de afrontamiento (Tobón y Correa, 2022).

**Perspectiva epistemológica:** se interpreta como un constructo socialmente construido a partir de significados, percepciones y experiencias compartidas entre el paciente y sus familiares. Berger y Luckmann (1986), sostienen que la realidad se construye mediante la interacción cotidiana, por lo que el apoyo no solo se expresa en conductas observables, sino en la forma en que el paciente interpreta esa ayuda en su vida diaria. Además, el paradigma sistémico aporta una comprensión relacional, en la que el apoyo emerge de la interdependencia y comunicación entre los miembros de la familia (Tobón y Correa, 2022).

## **Depresión**

Se trata de una alteración del estado emocional caracterizada por una marcada sensación de desánimo, pérdida del interés por actividades habituales y una disminución significativa de la capacidad para afrontar las exigencias cotidianas. Este trastorno afecta el bienestar emocional y puede manifestarse mediante insomnio, agotamiento, tensión emocional e incluso pensamientos autolesivos (Gutiérrez et al., 2010).

Asimismo, se reconoce como un trastorno psicológico en el que predominan sentimientos persistentes de tristeza, desmotivación o ausencia de placer, acompañados por dificultades para desenvolverse en la vida diaria. Entre sus manifestaciones clínicas se incluyen alteraciones del sueño y del apetito, falta de energía, problemas atencionales, sentimientos de culpa o deterioro de la autoestima, además de ideación suicida. Debido a su alta frecuencia y al impacto que genera en el funcionamiento personal y social, constituye un desafío relevante para la salud pública, lo que demanda intervenciones preventivas y un abordaje integral (Vargas, 2021).

De igual modo, la depresión se considera una condición mental de alcance global, dado su elevado índice de casos y la afectación directa que produce en la rutina y en el desempeño individual. Este trastorno implica una modificación sustancial de los procesos biológicos y psicológicos, que se evidencia en síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos que dificultan la toma de decisiones, el análisis de información y la ejecución de actividades diarias. Su origen puede estar vinculado con factores neurobiológicos, así como con variables del entorno, entre ellas el estrés prolongado (Quintero y Gil Vera, 2021).

**Perspectiva histórica:** El concepto de depresión tiene raíces antiguas, remontándose a la melancolía descrita por Hipócrates (siglo IV a.C.), quien la relacionó con un exceso de “bilis negra”. Durante la Edad Media, se interpretaba desde una perspectiva religiosa o moral, mientras que, en el siglo XIX, con la evolución de la psiquiatría

moderna, autores como Kraepelin (1899) distinguieron la depresión como un trastorno afectivo con base biológica (Teso, 2020).

A mediados del siglo XX, el enfoque psicodinámico de Freud (1917) la interpretó como una respuesta al duelo o a la pérdida de algo amado, internalizada de forma inconsciente. Posteriormente, los enfoques cognitivo y conductual aportaron una visión más empírica, considerando la depresión como resultado de pensamientos negativos aprendidos y de la falta de refuerzo positivo. En la actualidad, se reconoce como un trastorno multifactorial, donde confluyen causas biológicas, psicológicas y sociales (Barbe y Solomonov, 2016).

## **Dimensiones**

### **a. Área cognitiva**

Según Beck (1987 citado en González-Terrazas, 2021), explica estas alteraciones a través de la “tríada cognitiva”, la cual alude a una visión negativa del individuo sobre sí mismo, su entorno y las expectativas de futuro. Esta dimensión se relaciona con los esquemas mentales y creencias desadaptativas que la persona mantiene, los cuales influyen en la forma en que interpreta la realidad. En quienes presentan depresión suelen observarse distorsiones cognitivas, como la sobre generalización, el pensamiento polarizado o la tendencia a personalizar los hechos, que favorecen interpretaciones pesimistas y juicios poco realistas sobre las situaciones cotidianas.

### **b. Área física/conductual**

Esta dimensión abarca los cambios detectables tanto en el comportamiento como en las funciones corporales. Se manifiesta mediante disminución de energía, trastornos del sueño (ya sea dormir poco o en exceso), variaciones en el apetito, enlentecimiento motor o, en algunos casos, agitación psicomotora, además de la pérdida de interés por actividades previamente disfrutadas. Según lo señalado por el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, estas expresiones constituyen criterios esenciales para identificar episodios depresivos mayores (Coryell, 2025).

### **c. Área física/emocional**

Según Mazo et al. (2025), las emociones depresivas surgen de creencias irracionales internalizadas que distorsionan la percepción del yo y del entorno. También se observa una disminución en la capacidad para experimentar placer (anhedonia), lo cual constituye un síntoma cardinal de la depresión. La persona experimenta tristeza persistente, vacío emocional, irritabilidad, desesperanza o sentimientos de culpa e inutilidad. Estas emociones negativas tienden a ser intensas y duraderas, interfiriendo con las relaciones interpersonales y la funcionalidad cotidiana.

#### **Etiología y factores de riesgo**

La guía adopta un modelo bio-psico-social, considerando que este trastorno es el producto de la interacción entre diversos elementos:

**Factores biológicos:** desequilibrio de neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina, así como predisposición genética (MINSa, 2023).

**Factores psicológicos:** historia previa de trastornos mentales, baja autoestima, estilos de pensamiento negativo y dificultades para manejar el estrés (MINSa, 2023).

**Factores sociales y ambientales:** violencia familiar, problemas económicos, desempleo, aislamiento social y eventos vitales adversos como pérdidas afectivas o crisis personales (MINSa, 2023).

#### **Teorías de la depresión**

**a) Teoría Cognitivo-Conductual:** La propuesta de Aaron Beck (1976) plantea que la depresión surge a partir de esquemas de pensamiento distorsionados y persistentes valoraciones negativas sobre uno mismo, el entorno y las proyecciones de futuro. Esta estructura cognitiva, denominada “tríada cognitiva”, genera emociones como tristeza, ansiedad o desesperanza, impactando de manera directa en la conducta y en la calidad de las relaciones sociales (Suarez et al., 2021).

**b) Teoría Interpersonal:** Formulada inicialmente por Harry Stack Sullivan (1953), esta perspectiva destaca que el bienestar psicológico depende demasiado de los vínculos sociales y la forma en cómo se dan. Desde este enfoque, la depresión se asocia con conflictos interpersonales, pérdidas significativas, dificultades para establecer relaciones satisfactorias o insuficiente apoyo social, los cuales pueden contribuir al inicio y persistencia del trastorno (Avila-Espada, 2024).

**Paradigma psicológico:** La depresión se sustenta principalmente en los paradigmas cognitivo-conductual, psicodinámico y biopsicosocial:

Desde el paradigma cognitivo-conductual, se explica como consecuencia de esquemas de pensamiento distorsionados y aprendizajes inadecuados que refuerzan la desesperanza (Dahab y Rivadeneira, 2022)

El paradigma psicodinámico plantea que la depresión surge de conflictos intrapsíquicos no resueltos y de la internalización de la pérdida (Barbe y Solomonov, 2016).

El paradigma biopsicosocial, de enfoque más contemporáneo, integra las influencias biológicas (neuroquímicas), psicológicas (cogniciones, emociones) y sociales (apoyo familiar, entorno), proponiendo una visión integral del trastorno depresivo (Arrieta y Guzmán-Saldaña, 2021).

**Perspectiva filosófica:** puede comprenderse a partir de la visión humanista-existencial, que considera al ser humano como un sujeto que busca sentido, autonomía y bienestar emocional incluso en medio del sufrimiento. Maurial (2000), sostiene que las experiencias adversas, pueden generar un vacío existencial que influye en el estado emocional. En este contexto, la depresión se interpreta no solo como un trastorno emocional, sino como una experiencia que afecta la dignidad y la vivencia subjetiva del paciente.

**Perspectiva epistemológica:** Beck (1967) plantea que las creencias negativas influyen directamente en el mantenimiento y

desarrollo de enfermedades como la depresión, lo cual es especialmente relevante en pacientes con enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, los enfoques constructivistas reconocen que la experiencia depresiva se configura socialmente a partir de las interacciones y el contexto del paciente, por lo que comprender la depresión requiere integrar tanto la cognición individual como los significados construidos en su entorno cotidiano (Méndez, 2022).

### 3.3. Marco conceptual

- **Prevalencia:** este término se emplea para describir la frecuencia con la que aparecen enfermedades o condiciones de carácter prolongado, como los trastornos mentales. Su análisis es fundamental para proyectar servicios sanitarios y evaluar la eficacia de programas preventivos (Barboza, 2020).

- **Severidad:** es un criterio clave en epidemiología y salud pública, pues permite clasificar los casos en leves, moderados o graves, facilitando la priorización de atención clínica y la asignación de recursos (Bellón et al., 2020).

- **Bienestar emocional:** hace referencia al estado psicológico que permite al individuo gestionar sus emociones de forma adecuada, mantener vínculos interpersonales positivos y enfrentar dificultades con equilibrio y fortaleza (Santa et al., 2025)

- **Resiliencia:** se entiende como la capacidad de una persona para ajustarse de manera constructiva ante experiencias adversas o traumáticas, logrando conservar o recuperar su estabilidad psicológica. Supone, además, transformar dichas experiencias en oportunidades de desarrollo personal (Rodríguez et al., 2024).

- **Comunicación familiar:** implica el proceso mediante el cual los integrantes de una familia comparten pensamientos, emociones e información. Se reconoce que los patrones comunicacionales adecuados son esenciales para el funcionamiento saludable del sistema familiar (Moraga et al., 2024).

- **Afrontamiento:** corresponde a las estrategias mentales y comportamentales que los individuos emplean para enfrentar demandas internas o externas que perciben como abrumadoras.

Estas estrategias pueden orientarse hacia la solución del problema o hacia la regulación emocional (Cabascango et al., 2025).

- **Funcionalidad familiar:** se refiere al nivel de cohesión, interacción y apoyo que existe entre los miembros de una familia para atender sus necesidades afectivas. Una adecuada funcionalidad actúa como un elemento protector ante la aparición de problemas emocionales (Nanguce y Sierra, 2024).

- **Vínculo afectivo:** es el lazo emocional estable que une a una persona con otra significativa, especialmente en las relaciones familiares. Costa-Cordella et al. (2020), afirma que los vínculos seguros proporcionan una base emocional sólida para el desarrollo psicológico y la salud mental.

- **Motivación:** es el mecanismo interno que impulsa, dirige y sostiene las conductas orientadas a lograr determinados objetivos. Su disminución, o “apatía”, suele ser un indicador frecuente dentro de los cuadros depresivos (Villalba-Arias et al., 2021).

- **Clima familiar:** describe el ambiente afectivo y relacional que se desarrolla en el hogar como resultado de las dinámicas diarias entre sus miembros. Cuando este clima es desfavorable, puede aumentar la probabilidad de conflictos y la manifestación de sintomatología depresiva (Abuhadba et al., 2021),

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo y nivel de investigación

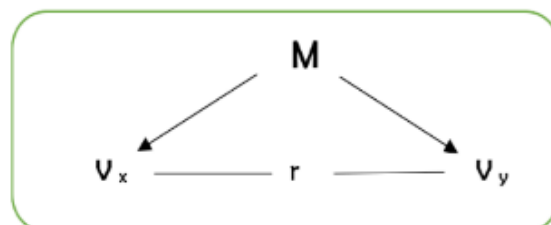
La investigación fue básica dado que se amplió los conocimientos adquiridos mediante la recopilación de teorías referentes al “apoyo familiar” y la “depresión”. De acuerdo con CONCYTEC (2020), una investigación de tipo básico o puro se fundamenta en ampliar una teoría o generar conocimientos, sin llegar a la práctica.

El estudio fue de nivel correlacional dado que el objetivo general busca encontrar la relación entre el “apoyo familiar” y la “depresión”, por lo tanto, solo se buscó una relación entre las variables. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), una investigación de alcance correlacional determina el grado de relación entre dos variables, ello solo llega a la conclusión de relación, mas no a una causalidad o efecto.

### 4.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación de este estudio fue no experimental de sub nivel correlacional descriptivo, siendo que no se manipuló directamente a la muestra estudiada de forma voluntaria, solo se midió y describió en su forma natural,

Asimismo, fue de corte transversal, siendo que se tomaron los datos en un solo corte de tiempo, lo que significa que las pruebas paramétricas fueron aplicadas dentro de un plazo máximo de dos semanas (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2023).



Donde:

M= muestra

Vx = Observación de la variable apoyo familiar

Vy= Observación de la variable depresión

r = Correlación entre las variables

### **4.3. Hipótesis general y específicas**

#### **4.3.1. Hipótesis general**

**HG:** Existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

#### **4.3.2. Hipótesis específicas**

**HE1.** Existe relación entre el apoyo instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**HE2.** Existe relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**HE3.** Existe relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**HE4.** Existe relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

### **4.4. Identificación de las variables**

**Variable 1:** Apoyo familiar

#### **Definición conceptual**

De acuerdo con Sherbourne y Stewart (1991), comprende el conjunto de recursos afectivos, emocionales e instrumentales que los integrantes de una familia proporcionan a uno de sus miembros para facilitarle el manejo de situaciones estresantes. Este respaldo se refleja en la disponibilidad para escuchar, acompañar, contener emocionalmente y ofrecer ayuda práctica cuando es necesario. Asimismo, puede entenderse como la valoración que realiza la persona sobre la accesibilidad real de apoyo emocional, material, afectivo y de interacción social positiva.

#### **Dimensiones**

- Apoyo instrumental
- Apoyo emocional/ informacional
- Apoyo afectivo
- Interacción positiva

#### **Definición operacional**

La variable fue medida por el “Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)”, desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991). Este instrumento estuvo conformado por 19 ítems, los cuales evaluaron la

percepción del apoyo social que recibe el individuo. El cuestionario utilizó una escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca (1) hasta siempre (5), permitiendo cuantificar el nivel de apoyo familiar percibido.

**Variable 2:** Depresión

### **Definición conceptual**

Es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una gran pérdida de interés a las actividades diarias que realiza el individuo abatido y la presencia de síntomas que afectan el plano emocional, cognitivo, físico y conductual. Se considera un problema de salud mental frecuente, manifestado a través de tristeza sostenida, disminución del placer, dificultades para mantener la concentración, sentimientos de culpa o auto desvalorización, alteraciones en el sueño o el apetito y falta de energía (Beck et al., 1996).

### **Dimensiones**

- Área cognitiva
- Área física/conductual
- Área física/emocional

### **Definición operacional**

La variable fue medida mediante el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II), instrumento desarrollado por Beck, Steer y Brown (1996). El instrumento estuvo conformado por 21 ítems, los cuales exploran síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales y somáticos asociados a la depresión. Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3, según la intensidad del síntoma experimentado por el evaluado durante las últimas dos semanas.

#### 4.5. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala	Niveles de medición o intervalos
Apoyo Familiar	Apoyo instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayuda en la enfermedad</li> <li>- Acompañamiento medico</li> <li>- Apoyo en hogar</li> </ul>	Ordinal	<p>Muy bajo (19-33) Bajo (34-48) Moderado (49-64) Alto (65-79) Muy alto (80-95)</p>
	Apoyo emocional/ informacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escucha y confianza</li> <li>- Orientación</li> <li>- Confianza personal</li> <li>- Consejo valioso</li> <li>- Confidencialidad</li> <li>- Comprensión</li> </ul>		
	Apoyo afectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecto</li> <li>- Expresión de cariño</li> <li>- Amor recíproco</li> </ul>		
	Interacción positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compañía agradable</li> <li>- Relajación</li> <li>- Distracción positiva</li> <li>- Diversión</li> </ul>		
Depresión	Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza</li> <li>- Pesimismo</li> <li>- Ideas suicidas</li> <li>- Autoimagen deformada</li> </ul>	Ordinal	<p>(0-13) mínima depresión (14-19) depresión leve (20-28) depresión</p>
	Área física/conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indecisión</li> <li>- Autoacusaciones</li> <li>- Culpa</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de fracaso</li> <li>- Auto disgusto</li> <li>- Expectativa de castigo</li> <li>- Insatisfacción</li> <li>- Llanto</li> </ul>		<p>moderada (29-63) depresión grave</p>
	Área física/emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Alejamiento social</li> <li>- Retardo para trabajar</li> <li>- Perdida de sueño</li> <li>- Fatigabilidad</li> <li>- Pérdida de apetito</li> <li>- Pérdida de peso</li> <li>- Preocupaciones somáticas</li> <li>- Pérdida de deseo sexual</li> </ul>		

## 4.6. Población – Muestra

### Población

La población de estudio estuvo constituida por 130 pacientes con diabetes Mellitus tipo II de un Hospital de Abancay.

Se entiende como población a un conjunto de personas dentro de un contexto que tienen factores en común, los cuales son necesarios para una investigación (Arias y Covinos, 2021).

### Muestra

Es un subconjunto extraído de la población, el cual es parte fundamental para cumplir el objetivo de una investigación científica, mayormente de enfoque cuantitativo, en ocasiones la muestra es el mismo número que a población (Arias y Covinos, 2021). Por lo tanto, se utilizó un muestreo no probabilístico censal dado que se seleccionó a la totalidad de la población para la muestra. Entonces, la muestra estuvo compuesta por 130 pacientes con diabetes Mellitus tipo II de un Hospital de Abancay.

### Aspectos éticos

- **Justicia:** Garantizar que todos los participantes sean seleccionados de manera equitativa, sin discriminación por edad, sexo, estrato socioeconómico o grado de afectación por la enfermedad; además asegurar que los beneficios y cargas del estudio se distribuyan de forma justa. El principio de justicia permite que la investigación no favorezca ni excluya injustamente a determinados grupos vulnerables dentro del hospital (Ezquerro, 2023).
- **Autonomía:** Respetar la capacidad de decisión de cada paciente para participar o no en el estudio, asegurando que otorguen un consentimiento informado libre de coerción, con la suficiente comprensión de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación. Asimismo, garantizar que puedan retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto le afecte (León-Moreno et al., 2019).
- **Benevolencia:** Proteger el bienestar de los participantes, velando porque la investigación contribuya positivamente a la comprensión del estudio (León-Moreno et al., 2019).

- **No maleficencia:** Evitar cualquier daño físico, psicológico o social a los participantes, asegurando que las actividades de recolección de datos y la interacción con el equipo investigador no generen estrés adicional, estigmatización ni afecten la estabilidad emocional (Pachón, 2021).

#### 4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de Información

##### Técnicas

Se empleó la encuesta, dado que es una técnica utilizada mayormente en investigaciones de enfoque cuantitativo, permitiendo cumplir con el objetivo del presente estudio.

La encuesta es una técnica que facilita la recopilación de información necesaria de una unidad de análisis seleccionada por los investigadores (Arias, 2020).

##### Instrumento

Se empleó los cuestionarios, uno para cada variable, como instrumentos para recopilar información necesaria para llegar a una conclusión, el cuestionario es un instrumento que facilita la recopilación y la codificación ordenada de respuestas a preguntas cerradas (Arias, 2020).

**Cuestionario MOS:** para medir el nivel de apoyo percibido. Este instrumento es uno de los más empleados y validados para la evaluación del apoyo funcional. Está conformado por 19 ítems que exploran dimensiones del apoyo, como el “apoyo funcional”, “apoyo informacional”, “apoyo afectivo” y “apoyo instrumental”.

##### Ficha técnica del instrumento uno

Nombre del instrumento original	“Questionnaire MOS Perceived Social Support (MOS)”
Autor	Sherbourne y Stewart
Año y país de publicación	1991 en Estados Unidos
Nombre del instrumento traducido	Apoyo Social Percibido

	(MOS)
Autor	Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E. y Medina Moruno, I.
Año y país	2005, España
Nombre del instrumento adaptado al Perú	“Apoyo Social Percibido (MOS)”
Autor	Baca, Deyvi
Año y país	2016, Perú
Dimensiones	“Apoyo instrumental” “Apoyo emocional/ informativa” “Apoyo afectivo” “Interacción positiva”
Numero de ítems	19
Forma de aplicación	Individual
Tiempo de aplicación	5 a 10 minutos
Código ISSN	ISSN impresa: 1560 - 909X ISSN electrónica: 1609 - 7475
Link o DOI de ubicación del instrumento a emplear	10.15381/rinvp.v19i1.124 52
Propiedades psicométricas del	Alfa de Cronbach de >

instrumento original	0,91
Propiedades psicométricas del instrumento traducido	Un coeficiente alfa de Cronbach de 0.970
	Modelo de tres factores (54.240% de la varianza total)
Propiedades psicométricas del instrumento a emplear	Validación mediante juicio de expertos
Experiencias psicométricas del instrumento	: Barajas-Lizarazo et al., (2023) Confiabilidad: omega general de 0,920. Validez: factorial exploratoria de 63.559 %
	: Mosqueda et al. (2015) Confiabilidad: > 0,85 Validez: KMO = 0,857
	: Xóchitl (2021) Confiabilidad: $\alpha = 0,90$ Validez: $r = -0,261$ , $p < 0,001$

**Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II):** se empleó la versión en español del BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996). Este instrumento, ampliamente reconocido y validado en contextos clínicos y de investigación, consiste en 21 ítems de autoinforme que permiten identificar manifestaciones cognitivas, emocionales y físicas asociadas a la depresión durante las dos semanas previas.

### Ficha técnica del instrumento dos

Nombre del instrumento original	“Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI-II)”
Autor	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Año y país de publicación	1996, Estados Unidos
Nombre del instrumento traducido	“Inventario de depresión de Beck (BDI-II)”
Autor	Jesús Sanz, Sara Gutiérrez, Clara Gesteira y María Paz García-Vera
Año y país	2014, España
Nombre del instrumento adaptado al Perú	“Inventario de depresión de Beck (BDI-II)”
Autor	Johann M. Vega-Dienstmaier, Oscar Coronado-Molina, Guido Mazzotti
Año y país	2014, Perú
Dimensiones	Área cognitiva Área física/conductual Área física/emocional
Numero de ítems	21
Forma de aplicación	Individual
Tiempo de aplicación	10 a 15 minutos
Link o DOI de ubicación del instrumento a emplear	<a href="https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf">https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf</a>
Propiedades psicométricas del instrumento original	Confiabilidad: Pacientes clínicos: $\alpha = 0.92$ Población general: $\alpha = 0.93$
	Validez: $r = 0.71$
Propiedades	Confiabilidad: 95%= 0,76-0,87

psicométricas del instrumento traducido	Validez: $F(3, 208) = 59,30$
Propiedades psicométricas del instrumento a emplear	Confiabilidad: Alfa de Cronbach = 0,889
	Validez: 87,5% varianza total
Experiencias psicométricas del instrumento	: Chung-Ying Lin (2018) Confiabilidad: $\alpha = 0.89$ Validez: $d$ general = 0,80
	: Contreras-Valdez et al. (2015) Confiabilidad: alfa de Cronbach de .88 Validez: $\alpha = 0.17$
	: Maldonado-Avenidaño et al. (2023) Confiabilidad: alfa de Cronbach = 0,91 Validez: $\alpha = 0,040$

#### 4.8. Técnica de análisis y procesamiento de datos

- Se contactó a los pacientes diagnosticados con diabetes Mellitus tipo II
- Se les explicó el propósito del estudio, los procedimientos, los riesgos y los beneficios de su participación.
- Se les entregó un formulario de consentimiento informado por escrito y se les dará tiempo suficiente para leerlo y comprenderlo.
- Se respondió todas las preguntas que tengan sobre el estudio.
- Si el paciente decidió participar, firmó el formulario de consentimiento informado. Se le entregó una copia del formulario firmado.
- Si el paciente decidió no participar, se le agradeció por su tiempo y se le aseguró que su decisión no afectará su atención médica en el hospital.

**Codificación y organización:** Los datos recolectados a través de los cuestionarios, se codificaron y organizaron en una base de datos utilizando el software estadístico SPSS (versión 27).

**Limpieza de datos:** Se realizó una revisión exhaustiva de la base de datos para detectar y corregir errores de ingreso de datos, datos faltantes y valores atípicos. En caso de datos faltantes, se evaluaron las estrategias de imputación de datos más apropiadas.

**Análisis descriptivo:**

**Frecuencias y porcentajes:** Se utilizaron para describir la distribución de las variables apoyo familiar y depresión.

**Análisis inferencial:**

**Mediante el estadístico Rho de Spearman:** se comprobó los parámetros de los datos recopilados mediante una prueba de normalidad, el cual afirmó el uso de la prueba de rho de Spearman, el cual sirvió para medir la dirección y el grado de relación entre dos variables, contrastando las hipótesis planteadas, para finalmente llegar a una conclusión.

## V. RESULTADOS

### 5.1 Presentación de resultados descriptivos

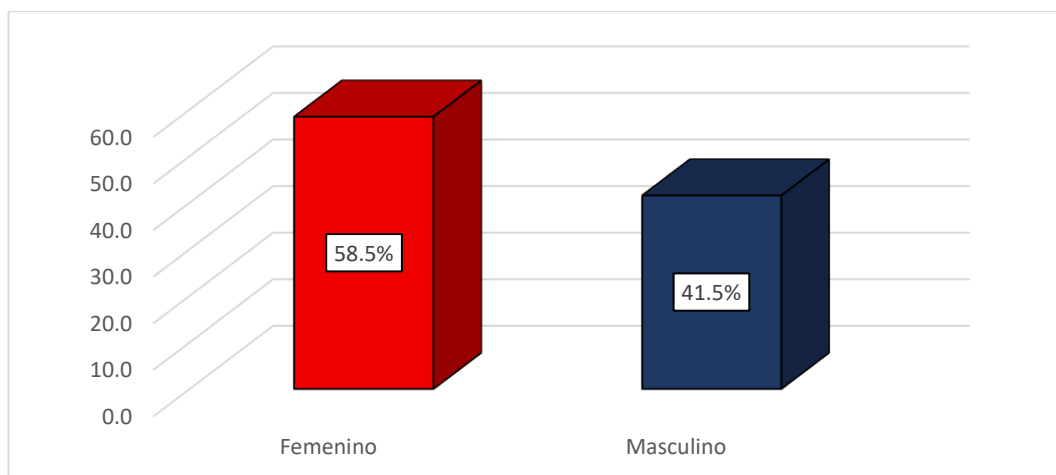
**Tabla 1**

*Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	76	58.5%
Masculino	54	41.5%
Total	130	100.0%

**Figura 1**

*Sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*



En la tabla y figura anterior, se evidencia el análisis porcentual del sexo de los pacientes encuestados en un hospital de Abancay. Se aprecia que el 58,5% (76) de los encuestados son de sexo femenino y el 41,5% (54 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II) son de sexo masculino, por lo tanto, el presente estudio es conformado en gran parte por personas del sexo femenino.

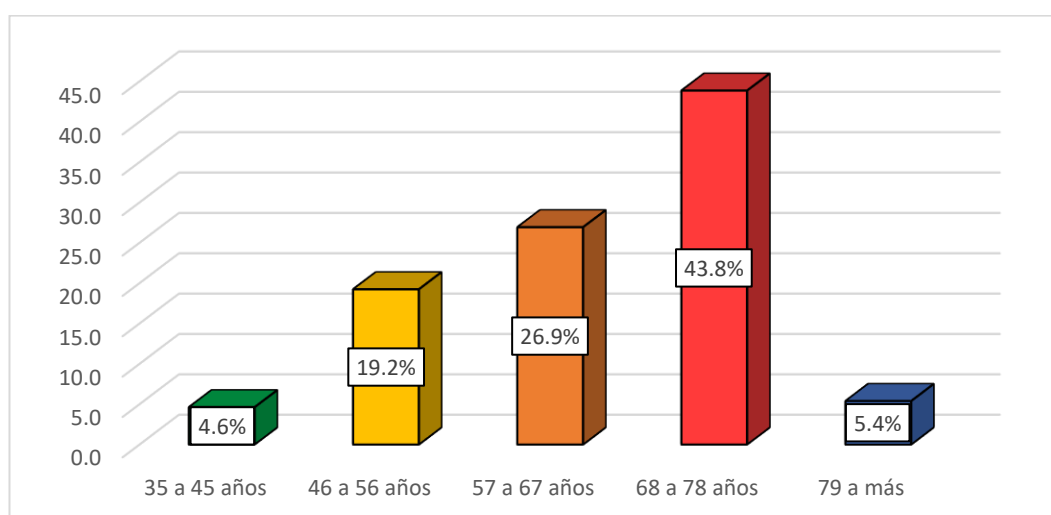
**Tabla 2**

*Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*

Años	Frecuencia	Porcentaje
35 a 45	6	4.6%
46 a 56	25	19.2%
57 a 67	35	26.9%
68 a 78	57	43.8%
79 a más	7	5.4%
Total	130	100.0%

**Figura 2**

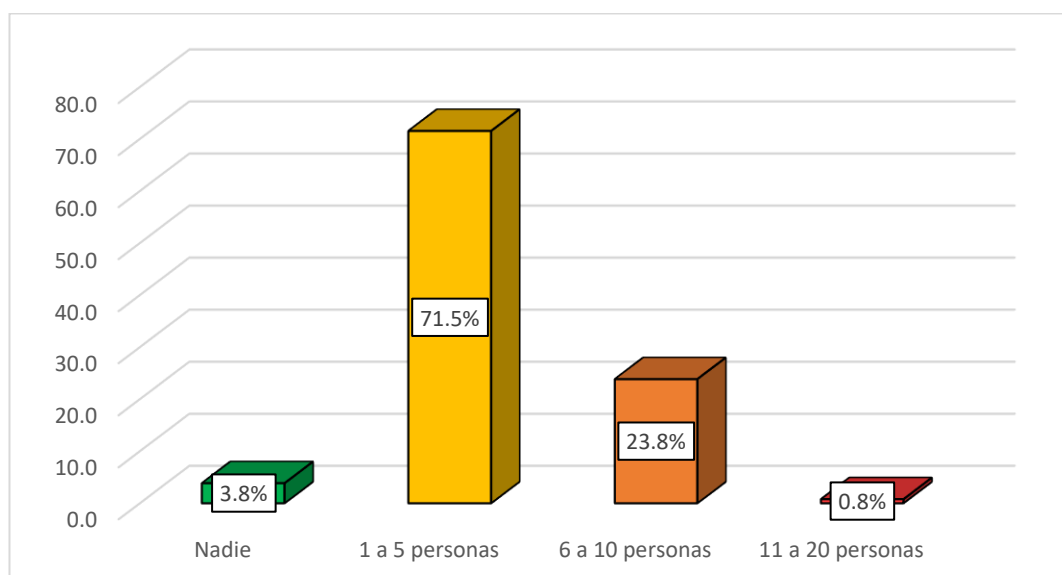
*Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*



En la tabla y figura 2 se evidencia el análisis porcentual de la edad de los pacientes encuestados en un hospital de Abancay, donde 43,8% (57) tienen entre 68 a 78 años, mientras el 26,9% (35), oscilan entre los 57 a 67 años, además, el 19,2% (25) son personas de 46 a 56 años de edad, le sigue el 5,4% (7) que tienen de 79 años a más y finalmente, el 4,6% (6) que tienen entre 35 a 45 años. Por lo tanto, el presente estudio consta de personas de la tercera edad, de 68 a 78 años.

**Tabla 3***Familiares cercanos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*

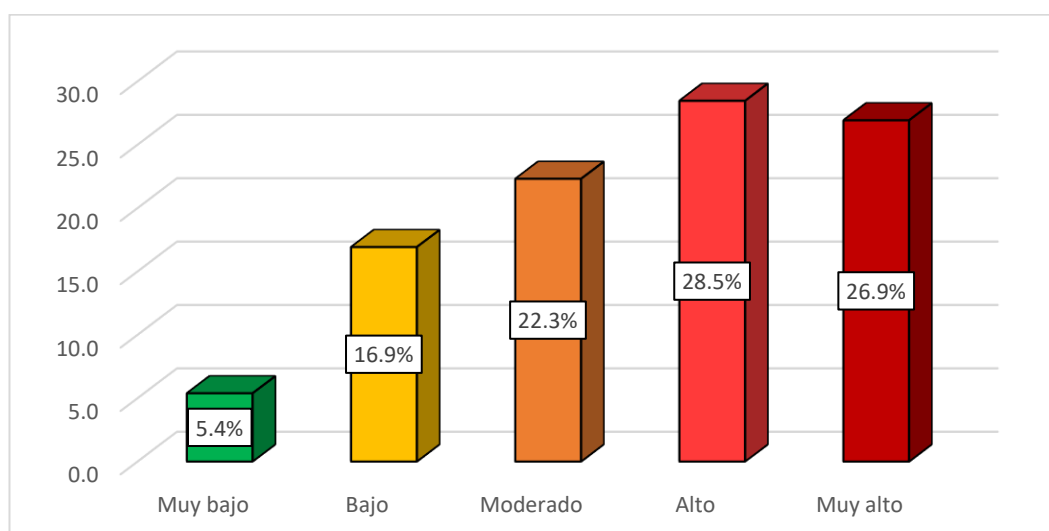
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nadie	5	3.8%
1 a 5 personas	93	71.5%
6 a 10 personas	31	23.8%
11 a 20 personas	1	0.8%
Total	130	100.0%

**Figura 3***Familiares cercanos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II*

En la tabla y figura 3 se evidencia el análisis porcentual de familiares cercanos de los pacientes encuestados en un hospital de Abancay, donde el 71,5% (93), tienen de 1 a 5 familiares cercanos, seguido del 23,8% (31) quienes tienen de 6 a 10 familiares cercanos, mientras que el 3,8% (5) no tiene a nadie y finalmente, el 0,8% (1), que tiene más de 11 familiares cercanos. Por lo tanto, la investigación se conforma en gran parte de pacientes que tienen entre 1 a 5 familiares cercanos.

**Tabla 4***Análisis de la variable apoyo familiar*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	7	5.4%
Bajo	22	16.9%
Moderado	29	22.3%
Alto	37	28.5%
Muy alto	35	26.9%
Total	130	100.0%

**Figura 4***Análisis de la variable apoyo familiar*

En la tabla y figura 4 se evidencia el análisis porcentual de la variable apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 28,5% (37) de los encuestados presenta un nivel alto de apoyo familiar, seguido del 26,9% (35) con un nivel muy alto y el 22,3% (29) con un nivel moderado. Por otro lado, el 16,9% (22) presenta un apoyo familiar bajo y solo el 5,4% (7) se ubica en un nivel muy bajo.

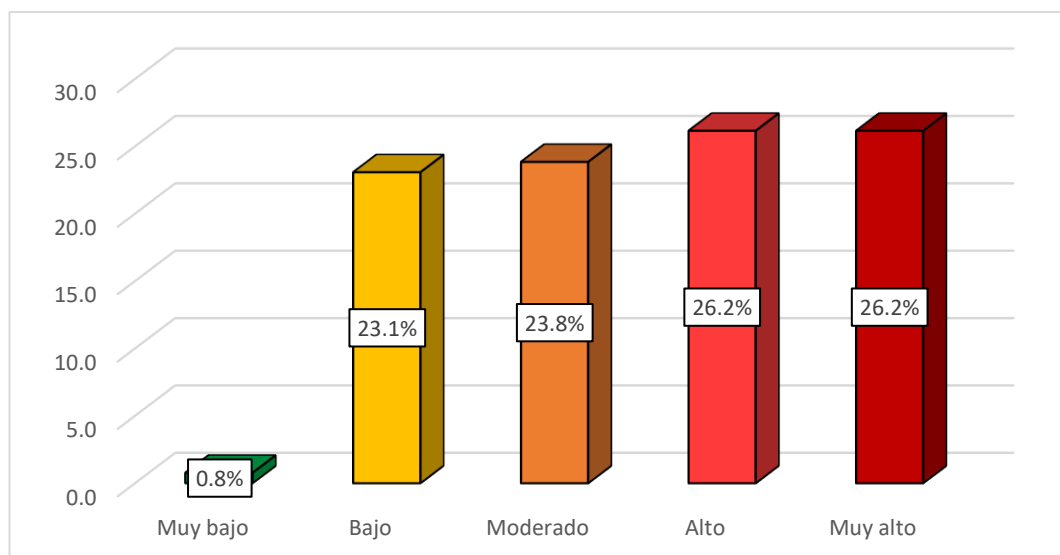
**Tabla 5**

*Análisis de la dimensión apoyo instrumental*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	1	0.8%
Bajo	30	23.1%
Moderado	31	23.8%
Alto	34	26.2%
Muy alto	34	26.2%
Total	130	100.0%

**Figura 5**

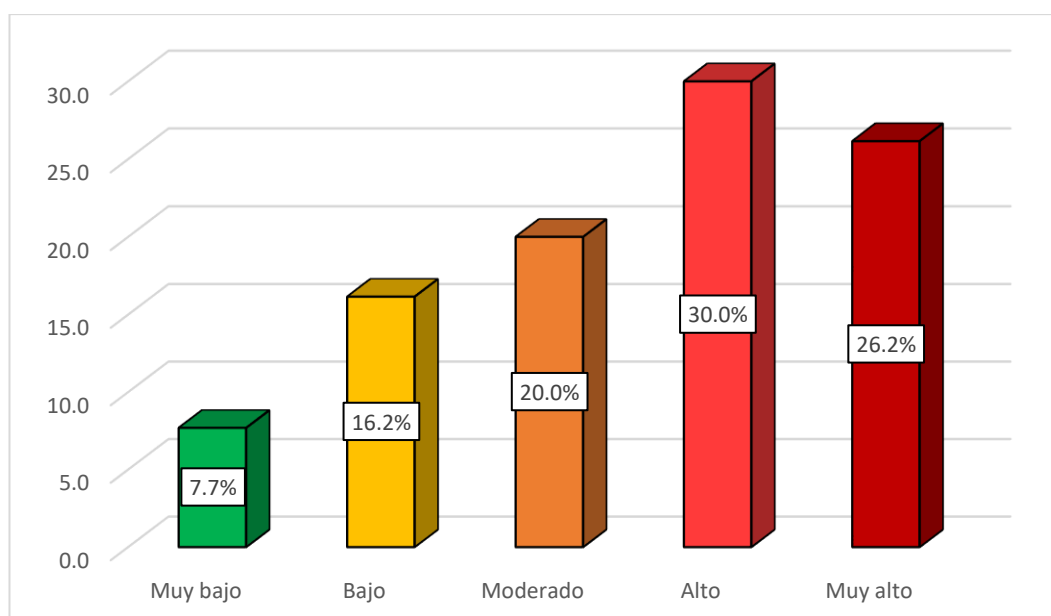
*Análisis de la dimensión apoyo instrumental*



En la tabla y figura 5 se observa el análisis porcentual de la dimensión apoyo instrumental en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 26,2% (34) presenta un nivel alto y otro 26,2% (34) un nivel muy alto de apoyo instrumental. Asimismo, el 23,8% (31) se encuentra en un nivel moderado y el 23,1% (30) en un nivel bajo, mientras que solo el 0,8% (1) presenta un nivel muy bajo.

**Tabla 6***Análisis de la dimensión apoyo emocional*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	10	7.7%
Bajo	21	16.2%
Moderado	26	20.0%
Alto	39	30.0%
Muy alto	34	26.2%
Total	130	100.0%

**Figura 6***Análisis de la dimensión apoyo emocional*

En la tabla y figura 6 se muestra el análisis porcentual de la dimensión apoyo emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, evidenciándose que el 30,0% (39) presenta un nivel alto de apoyo emocional, seguido del 26,2% (34) con un nivel muy alto y el 20,0% (26) con un nivel moderado. En menor proporción, el 16,2% (21) presenta un nivel bajo y el 7,7% (10) un nivel muy bajo.

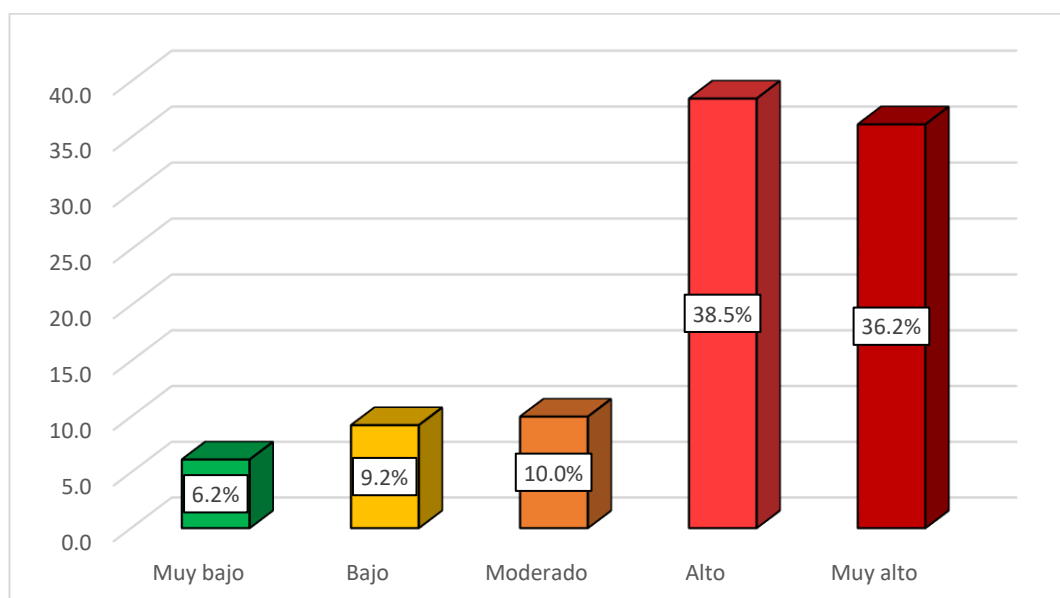
**Tabla 7**

*Análisis de la dimensión apoyo afectivo*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	8	6.2%
Bajo	12	9.2%
Moderado	13	10.0%
Alto	50	38.5%
Muy alto	47	36.2%
Total	130	100.0%

**Figura 7**

*Análisis de la dimensión apoyo afectivo*



En la tabla y figura 7 se evidencia el análisis porcentual de la dimensión apoyo afectivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 38,5% (50) presenta un nivel alto y el 36,2% (47) un nivel muy alto de apoyo afectivo. Asimismo, el 10% (13) se encuentra en un nivel moderado, mientras que el 9,2% (12) presenta un nivel bajo y el 6,2% (8) un nivel muy bajo.

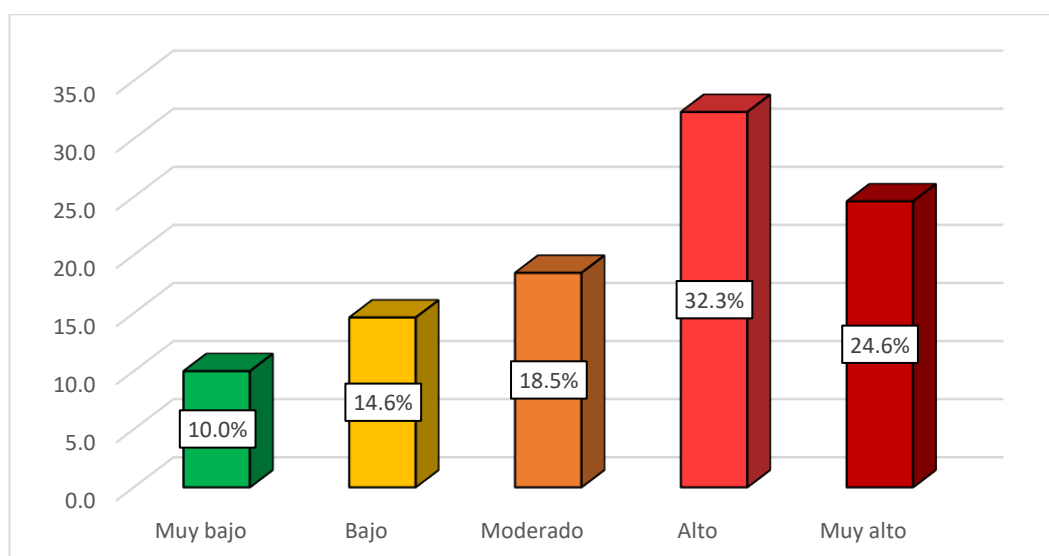
**Tabla 8**

Análisis de la dimensión apoyo positivo

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	13	10.0%
Bajo	19	14.6%
Moderado	24	18.5%
Alto	42	32.3%
Muy alto	32	24.6%
Total	130	100.0%

**Figura 8**

Análisis de la dimensión apoyo positivo



En la tabla y figura 8 se observa el análisis porcentual de la dimensión apoyo positivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 32,3% (42) presenta un nivel alto de apoyo positivo, seguido del 24,6% (32) con un nivel muy alto y el 18,5% (24) con un nivel moderado. Por su parte, el 14,6% (19) presenta un nivel bajo y el 10% (13) un nivel muy bajo.

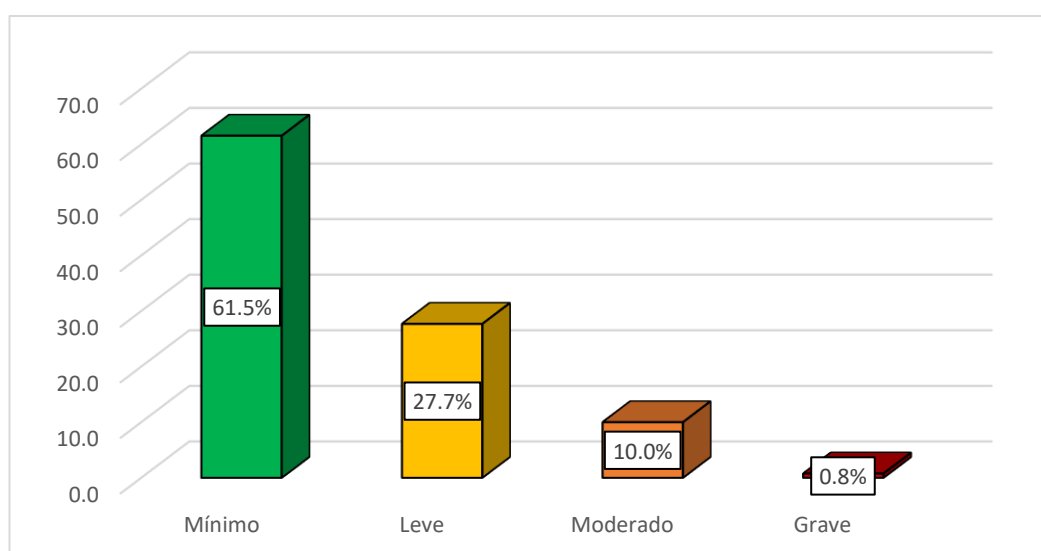
**Tabla 9**

*Análisis de la variable depresión*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	80	61.5%
Leve	36	27.7%
Moderado	13	10.0%
Grave	1	0.8%
Total	130	100.0%

**Figura 9**

*Análisis de la variable depresión*



En la tabla y figura 9 se evidencia el análisis porcentual de la variable depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 61,5% (80) de los encuestados presenta un nivel mínimo de depresión, seguido del 27,7% (36) con un nivel leve. Asimismo, el 10,0% (13) presenta un nivel moderado, mientras que solo el 0,8% (1) se ubica en un nivel grave.

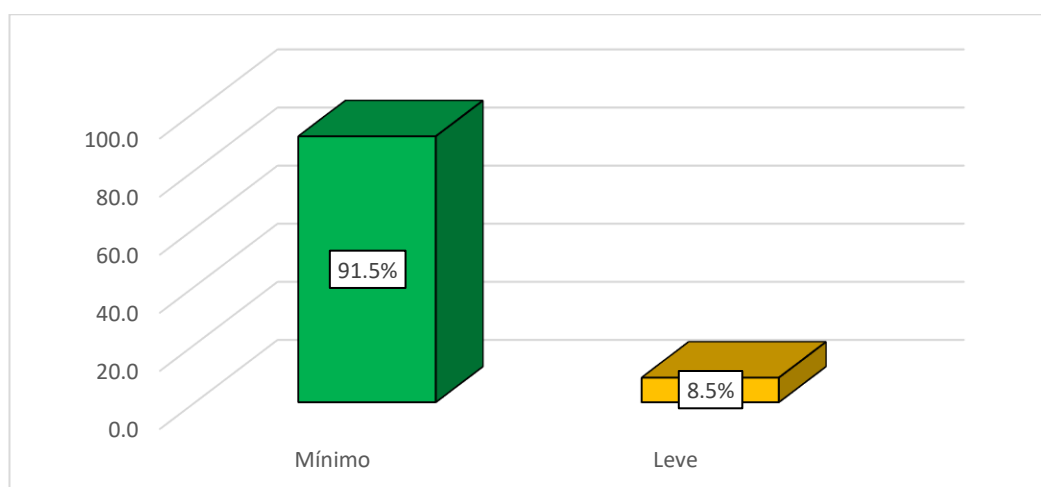
**Tabla 10**

*Análisis de la dimensión área cognitiva*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	119	91.5%
Leve	11	8.5%
Total	130	100.0%

**Figura 10**

*Análisis de la dimensión área cognitiva*



En la tabla y figura 10 se observa el análisis porcentual de la dimensión área cognitiva de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 91,5% (119) presenta un nivel mínimo, mientras que el 8,5% (11) se encuentra en un nivel leve, no registrándose casos en niveles moderados o graves.

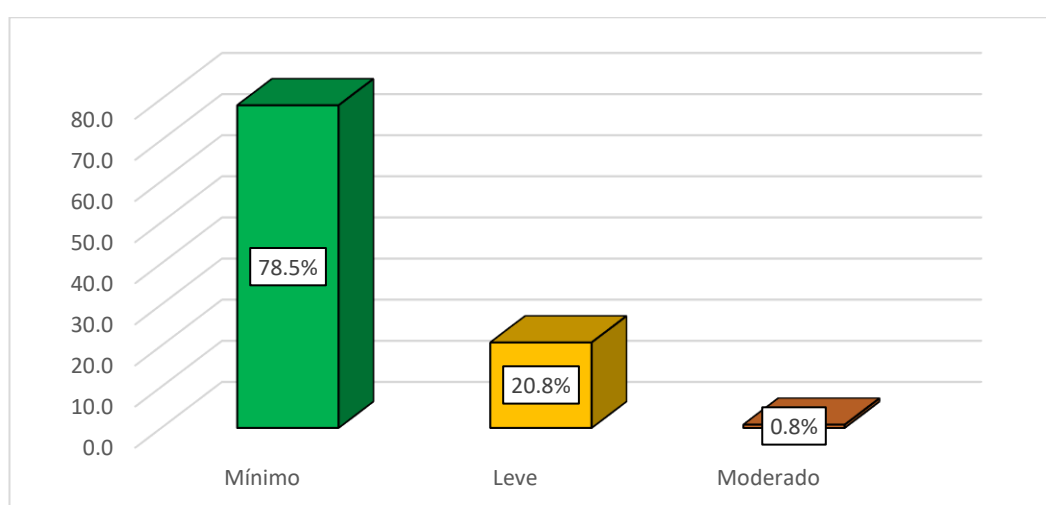
**Tabla 11**

*Análisis de la dimensión área física/conductual*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	102	78.5%
Leve	27	20.8%
Moderado	1	0.8%
Total	130	100.0%

**Figura 11**

*Análisis de la dimensión área física/conductual*



En la tabla y figura 11 se evidencia el análisis porcentual de la dimensión área física/conductual de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 78,5% (102) presenta un nivel mínimo, seguido del 20,8% (27) con un nivel leve. En menor proporción, solo el 0,8% (1) se encuentra en un nivel moderado.

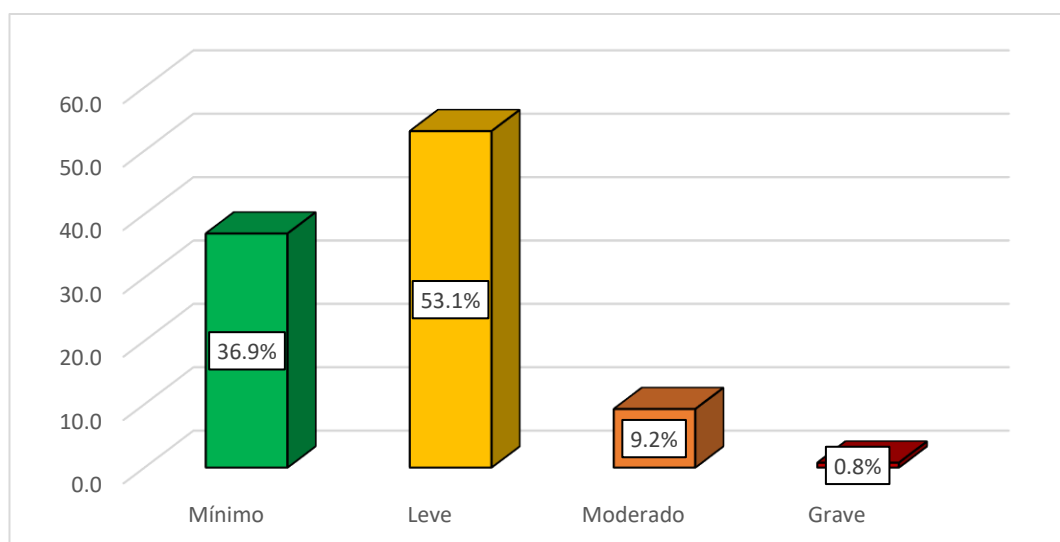
**Tabla 12**

*Análisis de la dimensión área física/emocional*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	48	36.9%
Leve	69	53.1%
Moderado	12	9.2%
Grave	1	0.8%
Total	130	100.0%

**Figura 12**

*Análisis de la dimensión área física/emocional*



En la tabla y figura 12 se muestra el análisis porcentual de la dimensión área física/emocional de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II de un hospital de Abancay, donde el 53,1% (69) presenta un nivel leve de depresión, seguido del 36,9% (48) con un nivel mínimo. Asimismo, el 9,2% (12) se ubica en un nivel moderado y únicamente el 0,8% (1) presenta un nivel grave.

## 5.2 Presentación de resultados de tablas cruzadas

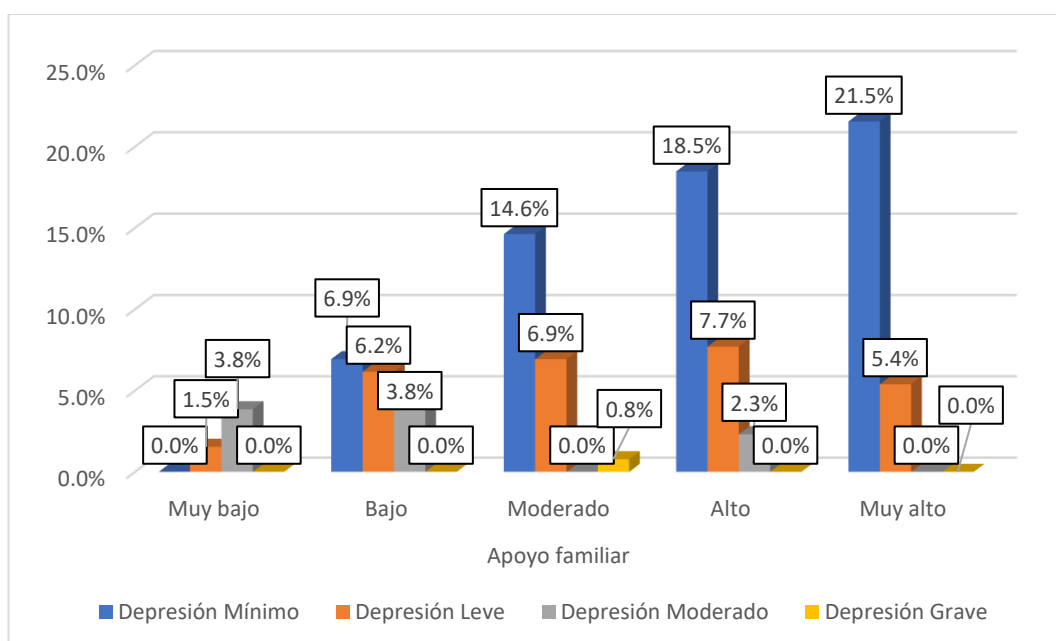
**Tabla 13**

*Análisis del cruce entre el apoyo familiar y depresión*

		Depresión				Total	
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave		
Apoyo familiar	Muy bajo	<i>f</i>	0	2	5	0	7
		%	0.0%	1.5%	3.8%	0.0%	5.4%
	Bajo	<i>f</i>	9	8	5	0	22
		%	6.9%	6.2%	3.8%	0.0%	16.9%
	Moderado	<i>f</i>	19	9	0	1	29
		%	14.6%	6.9%	0.0%	0.8%	22.3%
	Alto	<i>f</i>	24	10	3	0	37
		%	18.5%	7.7%	2.3%	0.0%	28.5%
	Muy alto	<i>f</i>	28	7	0	0	35
		%	21.5%	5.4%	0.0%	0.0%	26.9%
Total		<i>f</i>	80	36	13	1	130
		%	61.5%	27.7%	10.0%	0.8%	100.0%

**Figura 13**

*Análisis del cruce entre el apoyo familiar y depresión*



En la tabla y figura 13 se observa que, del 26,9% de pacientes que presentan un nivel muy alto de apoyo familiar, el 21,5% se ubica en un nivel mínimo de depresión y el 5,4% en un nivel leve. Del 28,5% de pacientes con un nivel alto de apoyo familiar, el 18,5% presenta depresión mínima, el 7,7% depresión leve y el 2,3% depresión moderada. Asimismo, del 22,3% de pacientes con apoyo familiar moderado, el 14,6% presenta depresión mínima, el 6,9% depresión leve y el 0,8% depresión grave. Por otro lado, del 16,9% que presenta un nivel bajo de apoyo familiar, el 6,9% se ubica en un nivel mínimo de depresión, el 6,2% en nivel leve y el 3,8% en nivel moderado. Finalmente, del 5,4% con apoyo familiar muy bajo, el 1,5% presenta depresión leve y el 3,8% depresión moderada.

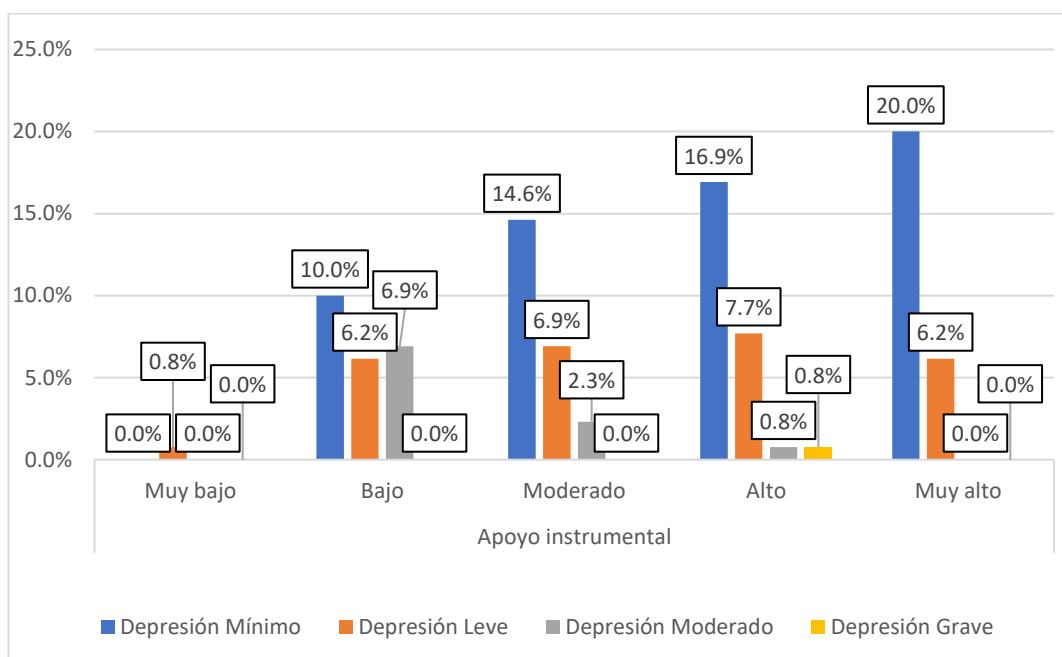
**Tabla 14**

*Análisis del cruce entre el apoyo instrumental y depresión*

		Depresión				Total		
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave			
Apoyo instrumental	Muy bajo	<i>f</i>	0	1	0	0	1	
		%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	0.8%	
	Bajo	<i>f</i>	13	8	9	0	30	
		%	10.0%	6.2%	6.9%	0.0%	23.1%	
	Moderado	<i>f</i>	19	9	3	0	31	
		%	14.6%	6.9%	2.3%	0.0%	23.8%	
	Alto	<i>f</i>	22	10	1	1	34	
		%	16.9%	7.7%	0.8%	0.8%	26.2%	
	Muy alto	<i>f</i>	26	8	0	0	34	
		%	20.0%	6.2%	0.0%	0.0%	26.2%	
	Total		<i>f</i>	80	36	13	1	130
			%	61.5%	27.7%	10.0%	0.8%	100.0%

**Figura 14**

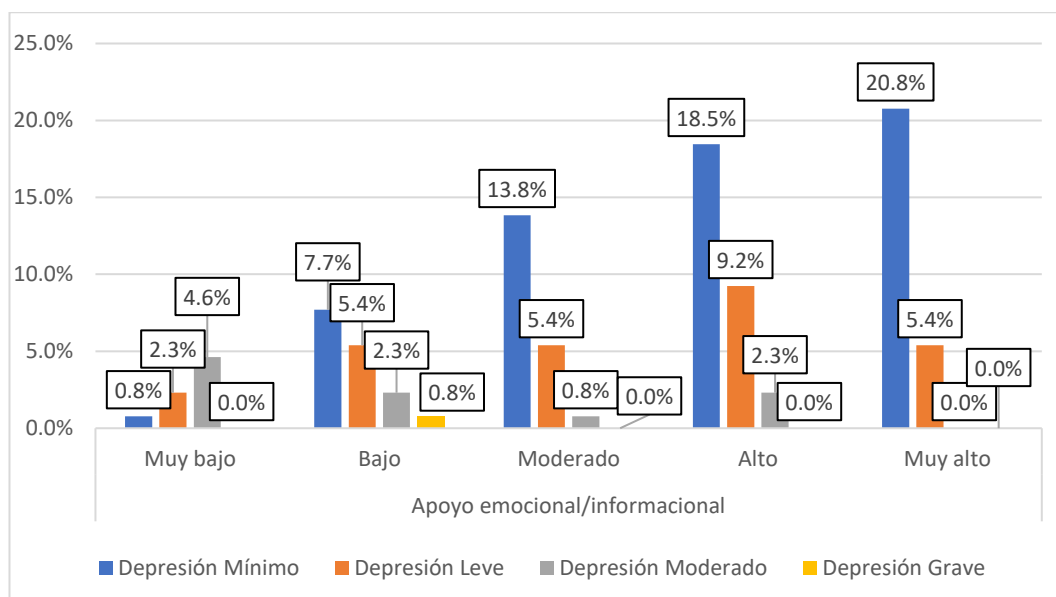
*Análisis del cruce entre el apoyo instrumental y depresión*



En la tabla y figura 14 se observa que, del 26,2% de pacientes con un nivel muy alto de apoyo instrumental, el 20% presenta depresión mínima y el 6,2% depresión leve, sin presencia de niveles moderados ni graves. Del 26,2% con apoyo instrumental alto, el 16,9% se ubica en depresión mínima, el 7,7% en leve, el 0,8% en moderada y el 0,8% en grave. Asimismo, del 23,8% con apoyo instrumental moderado, el 14,6% presenta depresión mínima, el 6,9% depresión leve y el 2,3% depresión moderada. Por su parte, del 23,1% con apoyo instrumental bajo, el 10,0% presenta depresión mínima, el 6,2% depresión leve y el 6,9% depresión moderada. Finalmente, del 0,8% con apoyo instrumental muy bajo, el 0,8% se encuentra en depresión leve.

**Tabla 15***Análisis del cruce entre el apoyo emocional/informacional y depresión*

		Depresión				Total	
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave		
Apoyo emocional/ informacional	Muy bajo	<i>f</i>	1	3	6	0	10
		<i>%</i>	0.8%	2.3%	4.6%	0.0%	7.7%
	Bajo	<i>f</i>	10	7	3	1	21
		<i>%</i>	7.7%	5.4%	2.3%	0.8%	16.2%
	Moderado	<i>f</i>	18	7	1	0	26
		<i>%</i>	13.8%	5.4%	0.8%	0.0%	20.0%
	Alto	<i>f</i>	24	12	3	0	39
		<i>%</i>	18.5%	9.2%	2.3%	0.0%	30.0%
	Muy alto	<i>f</i>	27	7	0	0	34
		<i>%</i>	20.8%	5.4%	0.0%	0.0%	26.2%
Total		<i>f</i>	80	36	13	1	130
		<i>%</i>	61.5%	27.7%	10.0%	0.8%	100.0%

**Figura 15***Análisis del cruce entre el apoyo emocional/informacional y depresión*

En la tabla y figura 15 se evidencia que, del 26,2% de pacientes con apoyo emocional/informacional muy alto, el 20,8% presenta depresión mínima y el 5,4% depresión leve. Del 30,0% con apoyo alto, el 18,5% se

ubica en depresión mínima, el 9,2% en leve y el 2,3% en moderada. Asimismo, del 20% con apoyo moderado, el 13,8% presenta depresión mínima, el 5,4% depresión leve y el 0,8% depresión moderada. Por otro lado, del 16,2% con apoyo bajo, el 7,7% se encuentra en depresión mínima, el 5,4% en leve, el 2,3% en moderada y el 0,8% en grave. Finalmente, del 7,7% con apoyo muy bajo, el 0,8% presenta depresión mínima, el 2,3% depresión leve y el 4,6% depresión moderada.

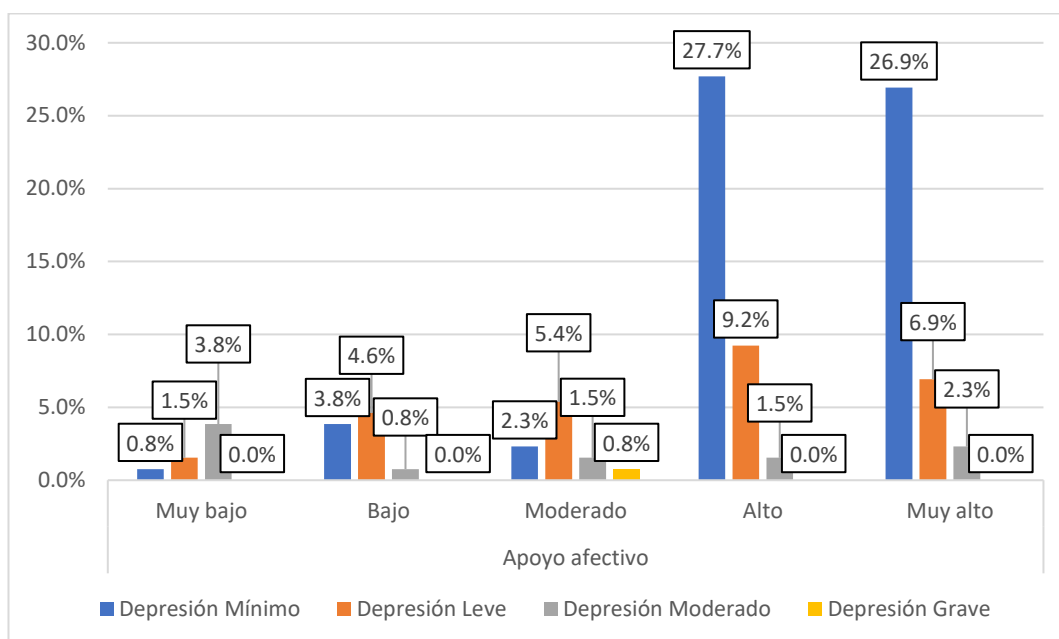
**Tabla 16**

*Análisis del cruce entre el apoyo afectivo y depresión*

			Depresión				Total	
			Mínimo	Leve	Moderado	Grave		
Apoyo afectivo	Muy bajo	<i>f</i>	1	2	5	0	8	
		%	0.8%	1.5%	3.8%	0.0%	6.2%	
	Bajo	<i>f</i>	5	6	1	0	12	
		%	3.8%	4.6%	0.8%	0.0%	9.2%	
	Moderado	<i>f</i>	3	7	2	1	13	
		%	2.3%	5.4%	1.5%	0.8%	10.0%	
	Alto	<i>f</i>	36	12	2	0	50	
		%	27.7%	9.2%	1.5%	0.0%	38.5%	
	Muy alto	<i>f</i>	35	9	3	0	47	
		%	26.9%	6.9%	2.3%	0.0%	36.2%	
	Total		<i>f</i>	80	36	13	1	130
			%	61.5%	27.7%	10.0%	0.8%	100.0%

**Figura 16**

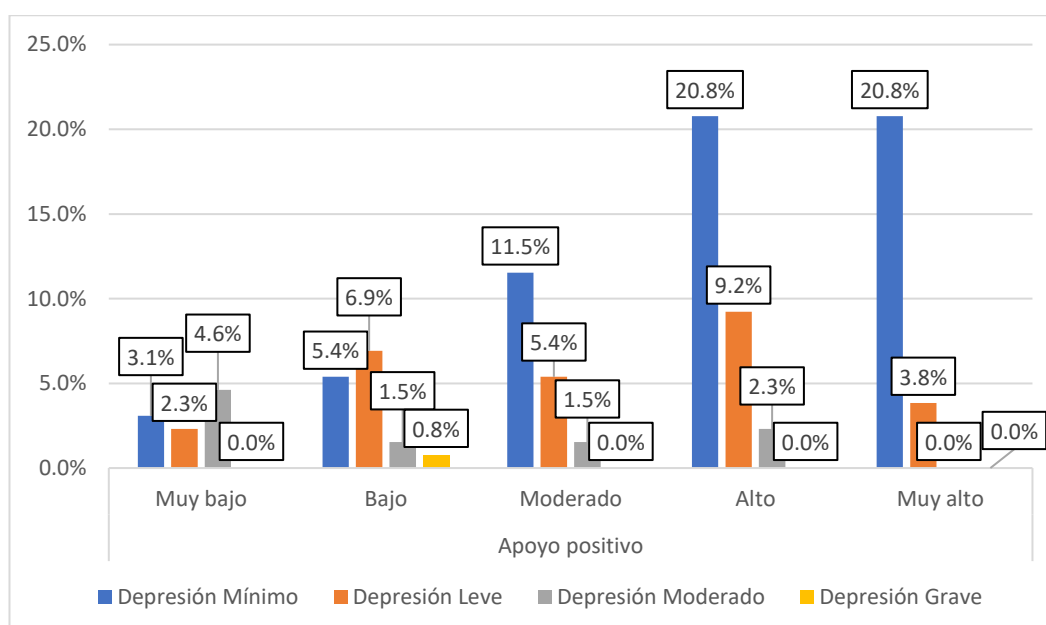
*Análisis del cruce entre el apoyo afectivo y depresión*



En la tabla y figura 16 se observa que, del 38,5% de pacientes con apoyo afectivo alto, el 27,7% presenta depresión mínima, el 9,2% depresión leve y el 1,5% depresión moderada. Del 36,2% con apoyo afectivo muy alto, el 26,9% se ubica en depresión mínima, el 6,9% en leve y el 2,3% en moderada. Asimismo, del 10,0% con apoyo afectivo moderado, el 2,3% presenta depresión mínima, el 5,4% depresión leve, el 1,5% depresión moderada y el 0,8% depresión grave. Por su parte, del 9,2% con apoyo bajo, el 3,8% presenta depresión mínima, el 4,6% depresión leve y el 0,8% depresión moderada. Finalmente, del 6,2% con apoyo muy bajo, el 0,8% se encuentra en depresión mínima y el 3,8% en depresión moderada.

**Tabla 17***Análisis del cruce entre el apoyo positivo y depresión*

		Depresión				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Apoyo positivo	Muy bajo	<i>f</i> 4	3	6	0	13
		% 3.1%	2.3%	4.6%	0.0%	10.0%
	Bajo	<i>f</i> 7	9	2	1	19
		% 5.4%	6.9%	1.5%	0.8%	14.6%
	Moderado	<i>f</i> 15	7	2	0	24
		% 11.5%	5.4%	1.5%	0.0%	18.5%
	Alto	<i>f</i> 27	12	3	0	42
		% 20.8%	9.2%	2.3%	0.0%	32.3%
	Muy alto	<i>f</i> 27	5	0	0	32
		% 20.8%	3.8%	0.0%	0.0%	24.6%
Total		<i>f</i> 80	36	13	1	130
		% 61.5%	27.7%	10.0%	0.8%	100.0%

**Figura 17***Análisis del cruce entre el apoyo positivo y depresión*

En la tabla y figura 17 se evidencia que, del 32,3% de pacientes con apoyo positivo alto, el 20,8% presenta depresión mínima, el 9,2% depresión leve y el 2,3% depresión moderada. Del 24,6% con apoyo positivo muy alto,

el 20,8% se ubica en depresión mínima y el 3,8% en depresión leve. Asimismo, del 18,5% con apoyo moderado, el 11,5% presenta depresión mínima, el 5,4% depresión leve y el 1,5% depresión moderada. Por otro lado, del 14,6% con apoyo bajo, el 5,4% se encuentra en depresión mínima, el 6,9% en leve, el 1,5% en moderada y el 0,8% en grave. Finalmente, del 10,0% con apoyo muy bajo, el 3,1% presenta depresión mínima, el 2,3% depresión leve y el 4,6% depresión moderada.

## VI. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

### 6.1. Análisis inferencial

#### Prueba de normalidad

**Tabla 18**

*Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	0.376	130	0.000
Apoyo familiar	0.200	130	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla presentada se muestran los resultados de las pruebas de normalidad donde se obtuvo un valor de significancia de  $p = 0,000$ . Estos resultados indican que los datos no siguen una distribución normal, debido a que el valor de significancia es menor al nivel crítico de 0,05. En consecuencia, para el análisis inferencial del estudio resultó pertinente el uso de pruebas estadísticas no paramétricas, como el coeficiente de correlación de Spearman (Rho), el cual es adecuado para variables medidas en escala ordinal o cuando no se cumple el supuesto de normalidad.

### Hipótesis general

**H1:** Existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**H0:** No existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**Tabla 19**

*Prueba de correlación entre el apoyo familiar y la depresión*

		Depresión	Apoyo familiar
Rho de Spearman	Depresión	1.000	-,379
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)		0.000
N		130	130

En la tabla 19 se muestra el análisis correlacional, donde se evidencia un  $Rho = -0,379$ , lo que indica que existe una relación negativa de magnitud moderada entre el apoyo familiar y la depresión. Asimismo, se presenta un nivel de significancia de  $sig. = 0,000$ , valor menor al 0,05 del error permitido, lo cual demuestra que la relación es estadísticamente significativa. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna que señala que existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025, y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, a mayores niveles de apoyo familiar, menores serán los niveles de depresión en los pacientes, evidenciándose una relación inversa de magnitud moderada.

### Hipótesis específica 1

**H1:** Existe relación entre el apoyo instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**H0:** No existe relación entre el apoyo instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**Tabla 20**

*Prueba de correlación entre el apoyo instrumental y la depresión*

			Depresión	Apoyo instrumental
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1.000	-,289
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	130	130

En la tabla 20 se presenta el análisis de correlación, donde se observa un  $Rho = -0,289$ , lo que indica la existencia de una relación negativa y baja entre el apoyo instrumental y la depresión. Asimismo, el nivel de significancia obtenido es  $sig. = 0,001$ , siendo menor al 0,05 permitido, lo que demuestra que la relación es estadísticamente significativa. En tal sentido, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, cuando se incrementan los niveles de apoyo instrumental, los niveles de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II tienden a disminuir, aunque en un nivel bajo.

## Hipótesis específica 2

**H1:** Existe relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**H0:** No existe relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**Tabla 21**

*Prueba de correlación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión*

		Depresión	Apoyo emocional/ informacional
Rho de Spearman	Depresión	1.000	-,346
		Coefficiente de correlación	
		Sig. (bilateral)	0.000
	N	130	130

En la tabla 21 se muestra el análisis de correlación donde se halló un Rho de Spearman = -0,346, lo que indica que existe una relación negativa de magnitud moderada entre el apoyo emocional/informacional y la depresión. Asimismo, el nivel de significancia es sig. = 0,000, valor inferior al 0,05 del error permitido, confirmando que la relación es estadísticamente significativa. Por consiguiente, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. En este sentido, a mayores niveles de apoyo emocional e informacional, menores serán los niveles de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, evidenciándose una relación inversa de magnitud moderada.

### Hipótesis específica 3

**H1:** Existe relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**H0:** No existe relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**Tabla 22**

*Prueba de correlación entre el apoyo afectivo y la depresión*

		Depresión	Apoyo afectivo
Rho de Spearman	Depresión	1.000	-,360
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)		0.000
N		130	130

En la tabla 22 se presenta el análisis correlacional, donde se obtuvo un  $Rho = -0,360$ , indicando la existencia de una relación negativa de magnitud moderada entre el apoyo afectivo y la depresión. Asimismo, se evidencia un nivel de significancia de  $sig. = 0,000$ , menor al 0,05 permitido, lo que confirma que la relación es estadísticamente significativa. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, a mayor apoyo afectivo percibido por los pacientes, menores serán los niveles de depresión, estableciéndose una relación inversa de magnitud moderada.

#### Hipótesis específica 4

**H1:** Existe relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**H0:** No existe relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025

**Tabla 23**

*Prueba de correlación entre la interacción positiva y la depresión*

			Depresión	Apoyo positivo
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1.000	-,382
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	130	130

En la tabla 23 se muestra el análisis de correlación de Rho de Spearman, el cual fue de -0,382, lo que indica que existe una relación negativa de magnitud moderada entre la interacción positiva y la depresión. Asimismo, el nivel de significancia obtenido es sig. = 0,000, siendo menor al 0,05 del error permitido, lo que demuestra que la relación es estadísticamente significativa. En tal sentido, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, cuando se presentan mayores niveles de interacción positiva, los niveles de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II disminuyen, evidenciándose una relación inversa de magnitud moderada.

## VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 7.1. Comparación de resultados

La Diabetes Mellitus tipo II constituye una enfermedad crónica que impacta de manera significativa en la salud física y emocional de quienes la padecen. En este contexto, el apoyo familiar cumple un rol fundamental en el afrontamiento de la enfermedad. Sin embargo, la ausencia de dicho apoyo puede favorecer la aparición de síntomas depresivos. Investigar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II resultó relevante, dado que permitió comprender la relación existente del entorno familiar y los niveles de depresión.

De este modo, los resultados proporcionaron información valiosa para el diseño de estrategias de intervención orientadas al abordaje integral del paciente. La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en un hospital de la ciudad de Abancay, 2025. Es importante destacar como fortaleza del estudio la disposición del establecimiento de salud y de los pacientes para participar en la investigación, lo que facilitó la recolección de datos. No obstante, una de las principales limitaciones fue la dificultad para acceder a la totalidad de la muestra en un solo momento, debido a la asistencia irregular de algunos pacientes a sus controles médicos.

Dentro de los hallazgos descriptivos, se obtuvo que el 28.5% de los pacientes tienen un nivel alto de apoyo familiar, ello seguido del 26,9% que tiene un apoyo muy alto, en tanto, el 22,3% cuenta con un apoyo moderado. esta distribución es consistente con el estudio de Gómez (2020), quien halló que el 80.1% mostró una familia funcional. Respecto a la depresión, el 61,5% presenta un nivel mínimo de depresión, seguido del 27,7%, quienes tuvieron un nivel leve, presentándose una depresión en un nivel grave solo en el 0,8% de los pacientes, teniendo un parecido con la investigación de Jiménez (2020), donde halló que el 60.3% de los pacientes no presentó sintomatología depresiva. En conjunto, los datos descriptivos revelan una tendencia hacia bajos niveles de depresión, la cual se asocia con el nivel

de apoyo familiar percibido por los pacientes, coincidiendo con lo señalado por Alama y Obaco (2024), quienes sostienen que el apoyo familiar constituye un elemento fundamental del bienestar integral del paciente, ya que contribuye a la estabilidad emocional y refuerza el sentido de pertenencia, elementos esenciales para el bienestar integral del paciente con enfermedad crónica. Por lo tanto, esta percepción reduce la vulnerabilidad cognitiva asociada a pensamientos de desesperanza o inutilidad, actuando como un amortiguador frente a la aparición de síntomas depresivos. Es decir, no se trata únicamente de la presencia objetiva de la familia, sino de la interpretación subjetiva del apoyo recibido, lo que modula la respuesta emocional ante la enfermedad.

En cuanto a la comparación de resultados inferenciales, se halló, para la hipótesis general un coeficiente de Rho = -0,379, con un valor de significancia de 0,000, evidenciando una relación inversa o negativa y estadísticamente significativa, dando como consecuencia la aceptación de la hipótesis alterna. En síntesis, a mayores niveles de apoyo familiar, se presentan menores niveles de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en un hospital de Abancay durante el año 2025 reduciendo la sintomatología de la depresión. Esto se compara con la investigación de Jiménez (2020), quien identificó una correlación negativa entre depresión y apoyo familiar ( $r = -0,500$ ;  $p = 0,000$ ), confirmando la existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Pari (2020), también encuentra una relación inversa entre las variables ( $r = -0.621$ ;  $p < 0.001$ ), por lo que reafirman la relación estadística del apoyo familiar y los niveles de depresión. De manera similar, Torres (2024) reportó un coeficiente de rho = -0,235 con  $p = 0,022$ , lo que indica una relación débil, pero significativa, entre el apoyo familiar y la depresión. La convergencia de estos estudios refuerza la consistencia empírica del vínculo entre ambas variables en distintos contextos poblacionales. Desde el plano teórico, en la teoría de Cohen y Wills (1985, citados en Angulo-Salas, 2025) reafirman que el apoyo familiar cumple un efecto amortiguador frente al impacto psicológico negativo, puesto que el respaldo familiar favorece un mejor afrontamiento del estrés. Bajo esta perspectiva, el

respaldo familiar no solo cumple una función afectiva, sino que actúa como un recurso psicosocial que modula la percepción del estrés asociado a la enfermedad crónica, favoreciendo estrategias de afrontamiento más adaptativas. En términos analíticos, los resultados no solo confirman la existencia de una relación estadística significativa, sino que evidencian la relevancia clínica del apoyo familiar como factor protector frente a la sintomatología depresiva. Además, al sentirse acompañado, el paciente experimenta menor percepción de carga y sensación de aislamiento, factores que suelen intensificar los estados depresivos en enfermedades crónicas.

Referente a la hipótesis específica 1, se halló un  $Rho = -0,289$  con un valor de significancia del 0,001, el cual infiere que existe una relación negativa, baja y significativa entre el apoyo instrumental y la depresión, aceptando la hipótesis alterna. El apoyo instrumental, disminuye la sensación de incapacidad y sobrecarga que podría experimentar el paciente. Este hallazgo puede contrastarse con lo reportado por Nanguce y Sierra (2024), donde encontró un  $Rho$  fue de  $-0.123$  ( $p = 0.088$ ), el cual demuestra que existe una relación estadística negativa, no obstante, su resultado no alcanzó significancia estadística, a diferencia del presente estudio. Por su parte, Gómez (2020), obtuvo un resultado de  $\chi^2$ ,  $p = 0.000$ ;  $r = 0.436$ , que se interpreta como un valor significativo, señalando que la adecuada funcionalidad familiar actúa como factor protector frente a la depresión. En la misma línea, Aya et al. (2020), reportaron un valor de significancia de  $p < 0.05$ , por lo cual aceptó su hipótesis alterna, concluyendo que la funcionabilidad familiar se relaciona con los síntomas depresivos, respaldando el concepto de Rocha y Gavilanes (2024), quien conceptualiza al apoyo instrumental como una muestra de ayuda material o práctica frente a dificultades, generando menos preocupación o menos carga de responsabilidades.

De igual modo, se compara con Rosales-Peña et al. (2024), identificaron un  $p$  valor = 0,001, en síntesis, existe relación significativa entre el apoyo funcional de la familia con la presencia de depresión en pacientes. Por consiguiente, Torres (2024), obtuvo en cuanto a la relación

del apoyo instrumental con la depresión un  $Rho = -0,190$ , en la dimensión instrumental, corroborando una relación inversa con los síntomas depresivos. Asimismo, Gómez (2025), halló entre funcionalidad familiar y depresión un coeficiente de  $\rho = -0.254$ ;  $p = 0.002$ ; evidenciando una asociación negativa significativa entre funcionalidad familiar y depresión. En conjunto, la coincidencia de resultados en diversos estudios fortalece la consistencia empírica del vínculo entre el apoyo instrumental y la salud mental del paciente. Ronquillo et al. (2024), refiere que la familia es un sistema importante dentro del trabajo en equipo, donde el bienestar de cada miembro ayuda al funcionamiento de la unidad. En síntesis, los resultados permiten afirmar que el apoyo instrumental representa una dimensión clave en la mitigación de los síntomas depresivos. Cuando las demandas del tratamiento superan los recursos personales, se incrementa el riesgo de frustración y desánimo; sin embargo, la ayuda equilibra esta balanza, fortaleciendo la percepción de control. Este sentido de control es clave en la prevención de la depresión, ya que reduce pensamientos automáticos negativos relacionados con incompetencia o dependencia absoluta.

En cuanto a la hipótesis específica 2, se halló un Rho de Spearman =  $-0,346$  con un valor de significancia de  $0,000$ , dando en evidencia una relación inversa y significativa, lo que infiere que a mayores niveles de apoyo emocional e informacional, se espera menos niveles de depresión. Los pensamientos disfuncionales se mantienen cuando el individuo carece de retroalimentación emocional positiva, por lo que el apoyo emocional proporciona validación, empatía y comprensión, elementos que contrarrestan la depresión. Este resultado es consistente con lo reportado por Jiménez (2020), quien identificó que existe una relación inversa moderada y significativa entre el apoyo emocional y la depresión ( $\rho = -0.578$ ), por lo tanto, aceptan su hipótesis alterna infiriendo que mientras sea mayor el apoyo emocional, menores serán los niveles de depresión. De manera similar, Torres (2024), halló un coeficiente  $Rho = -0,311$ , concluyendo que existe una relación inversa entre las variables estudiadas. Asimismo, se compara con la investigación de Quispe y Taza (2023), obtuvo un  $Rho = -0.443$ ;  $p = 0.000$ , evidenciando una asociación inversa y

significativa. La convergencia de estos hallazgos refuerza la solidez empírica del vínculo protector del soporte afectivo dentro del entorno familiar. En contraste, Gómez (2025), reportó una relación positiva débil entre cohesión y depresión ( $r = 0.274$ ;  $p = 0.000$ ), lo que sugiere que mayores niveles de cohesión se asociaron con mayores niveles de depresión en su muestra. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias contextuales, culturales o metodológicas, así como por posibles dinámicas familiares caracterizados por sobreprotección o dependencia emocional, que eventualmente podrían intensificar la vulnerabilidad psicológica en lugar de atenuarla. En cuanto a un respaldo teórico, se tiene la teoría de Beck (1976), quien sugiere que la depresión surge en gran parte a partir de pensamientos negativos y entornos negativos que afectan su vida diaria. Entonces, el apoyo emocional repercute positivamente al disminuir los niveles de tristeza y pensamientos negativos; por lo tanto, se confirma la relación inversa entre el apoyo emocional y los niveles de depresión. El apoyo informacional permite al paciente comprender mejor su enfermedad, disminuyendo la incertidumbre y el miedo, factores psicológicos que suelen potenciar la ansiedad y la depresión. Así, la combinación de contención afectiva y orientación clara fortalece la percepción de competencia personal frente a la enfermedad.

Por consiguiente, para la hipótesis específica 3, se halló un  $Rho = -0,360$  y  $p$  valor =  $0,000$ , menor al  $0,05$  permitido, evidenciando una relación inversa y significativa entre el apoyo afectivo y la depresión, siendo que al tener más apoyo emocional, los niveles de depresión bajarán, por lo que sugiere que el afecto expresado mediante cariño, cercanía y demostraciones de amor cumple una función emocional profunda. Este resultado guarda concordancia con lo reportado por Torres (2024), quien halló un  $Rho = -0,197$ , confirmando una relación inversa entre apoyo afectivo y depresión, aunque de menor magnitud. Del mismo modo, Jiménez (2020) identificó un coeficiente  $rho = -0,509$  con significancia menor a  $0,05$ , lo que indica una relación inversa moderada entre la percepción de apoyo y los niveles de depresión. La similitud entre estos hallazgos refuerza la consistencia de la evidencia empírica respecto al

papel protector del componente afectivo dentro del entorno familiar. En paralelo, Cajachagua et al. (2022), refiere que el afecto, empatía, comprensión y cariño entre los integrantes de una familia disminuye los sentimientos de aislamiento. Por lo tanto, los resultados permiten afirmar que el apoyo afectivo constituye una dimensión determinante en la disminución de los síntomas de depresión, al proporcionar contención emocional y cohesión familiar frente a las demandas propias de la enfermedad crónica. La percepción de ser querido y valorado refuerza la autoestima y el sentido de significado personal, en ese sentido, el apoyo afectivo no solo disminuye la tristeza, sino que fortalece la identidad y la resiliencia del paciente.

Asimismo, para la hipótesis específica 4, donde se halló un coeficiente de Rho = -0,382 con un valor de sig. = 0,000, indicando que existe una relación inversa y significativa, en síntesis, al tener mayores niveles de interacción positiva, menores serán los niveles de depresión, evidenciando que compartir momentos agradables, comunicación abierta y dinámicas familiares saludables impactan significativamente en la salud mental. Este resultado es comparable con lo reportado por Rondón y Angelucci (2021), donde se evidencia un valor de  $r = -.38$  en el Modelo A y  $r = -.27$  en el Modelo B, dando a entender que una red de apoyo sólida y utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas son factores protectores ante la depresión. De manera similar, Quispe y Taza (2023), halló una relación de Rho = -0.425 y  $p = 0.001$ , siendo esto una relación inversa y significativa entre las variables, por lo tanto, acepta su hipótesis alterna e indica que al mejorar los niveles de interacción positiva, disminuirá los niveles de depresión. Asimismo, Gómez (2025), reportó una correlación negativa débil pero significativa una relación negativa débil y significativa entre la interacción positiva y la depresión ( $r = -0.167$ ;  $p = 0.004$ ), aceptando su hipótesis alterna. En contraste, Torres (2024), quien halló un Rho = -0,183 para la interacción positiva, pero no coincide con la relación significativa, siendo  $>0,05$ , dando a entender que aunque existe una relación inversa, no es estadísticamente significativa. Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en el tamaño muestral o particularidades

contextuales. En la teoría de Cohen y Wills (1985, citado en Angulo-Salas, 2025), indica que las interacciones positivas sociales, en especial el familiar, cumple un efecto amortiguador ante sensaciones negativas como el estrés o la depresión, dado que las personas se tienen respaldadas por su familia ante situaciones difíciles. Por lo tanto, los resultados confirman que la interacción positiva constituye un recurso psicosocial relevante para la disminución de los niveles de depresión, al consolidar un entorno relacional protector y emocionalmente nutritivo. Además, reduce el aislamiento social, uno de los principales factores de riesgo para la depresión en enfermedades crónicas. Las experiencias compartidas actúan como reforzadores emocionales que incrementan la motivación para el autocuidado y la adherencia terapéutica.

En síntesis, se evidencia un proceso psicológico integral donde el apoyo familiar actúa como un sistema regulador del estrés, modulador cognitivo y fortalecedor del bienestar. La familia, en este contexto, no solo constituye un entorno social, sino un agente terapéutico indirecto que favorece la adaptación emocional del paciente con Diabetes Mellitus tipo II, disminuyendo la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva y promoviendo un afrontamiento más resiliente frente a la enfermedad crónica.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones:

PRIMERA: Se halló una relación de  $Rho = -0,379$  con un valor de sig. = 0,000, lo que da a entender que existe una relación negativa, de magnitud moderada y significativa entre el apoyo familiar y la depresión; por lo tanto, se concluye con la aceptación de la hipótesis alterna que indica que existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025.

SEGUNDA: Existe una relación negativa, aunque baja, con un  $Rho = -0,289$ ; asimismo, el nivel de sig. = 0,001, lo que demuestra que existe una relación significativa entre el apoyo instrumental y la depresión. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna donde se afirma que existe relación entre el apoyo instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025.

TERCERA: Se halló un  $Rho = -0,346$ , lo que significa que existe una relación negativa, de magnitud moderada; en tanto, el valor de significancia fue menor a 0,05, por lo tanto, se trata de una relación significativa. En consecuencia, se concluye con la aceptación de la hipótesis alterna que afirma la existencia de relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025.

CUARTA: Existe una relación negativa, significativa y de magnitud moderada entre el apoyo afectivo y la depresión, con un  $Rho = -0,360$  y un valor de significancia menor al 0,05; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de la investigación que indica que existe relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025.

QUINTA: Se evidenció una relación negativa, significativa y de magnitud moderada entre la interacción positiva y la depresión, con un  $Rho = -0,382$  y un nivel de significancia menor al 0,05; en consecuencia, se acepta la hipótesis alterna que señala la existencia de relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025.

**Recomendaciones:**

PRIMERA: A la Dirección del Hospital disponer la incorporación del componente de orientación y psicoeducación familiar dentro de la atención integral de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, fortaleciendo la participación del Servicio de Psicología, con la finalidad de mejorar el apoyo familiar y contribuir a la disminución de los niveles de depresión.

SEGUNDA: A la Jefatura del Servicio de Psicología, en coordinación con el Área de Trabajo Social, implementar acciones de orientación sobre recursos institucionales y comunitarios disponibles del hospital para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, con el propósito de fortalecer el apoyo instrumental y reducir los niveles de depresión.

TERCERA: Al servicio de Psicología del hospital desarrollar sesiones de consejería psicológica y charlas informativas breves dirigidas a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, orientadas a brindar acompañamiento emocional e información clara sobre la enfermedad y su tratamiento, contribuyendo así al fortalecimiento del apoyo emocional/informacional y a la prevención de la depresión.

CUARTA: Al equipo de salud mental del hospital promover espacios de atención psicológica individual y grupal que faciliten la expresión emocional y el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre los pacientes y sus familias, como estrategia para disminuir los niveles de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

QUINTA: Finalmente, a los familiares de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II brindar un acompañamiento constante y empático en la vida diaria del paciente, promoviendo una comunicación afectiva, apoyo emocional y actitudes positivas frente a la enfermedad, con el propósito de fortalecer el bienestar psicológico del paciente y contribuir a la disminución de los niveles de depresión.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuhadba, C. A., Espíritu, N., & Gamarra, D. (2021). Asociación entre soporte familiar y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un Consultorio de Endocrinología de un hospital nacional. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(4), e1489. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n4.07>
- Acevedo, L. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23, 131–145. <https://www.redalyc.org/journal/3684/368458873013/html/#:~:text=El enfoque sistémico considera que status o equilibrio que existía.>
- Alama, G. J., & Obaco, E. E. (2024). La Familia y su Impacto en el Rendimiento Académico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 4104–4118. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i2.10823](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10823)
- Angulo-Salas, R. J. (2025). Apoyo social y malestar psicológico en pacientes con cáncer gastrointestinal: un modelo de ecuaciones estructurales. *Avances En Psicología*, 33(2), 1–14. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2025.v33n2.3515>
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista IIPSI*, 16, 233–245. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8176466.pdf>
- Arias, J. (2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*.
- Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación* (Enfoques Consulting EIRL (ed.)).
- Arriaga, M. J. L., Hernández, L. G., Hernández, D. M. A., Gutiérrez, D. T., & Peñarrieta, D. M. I. (2023). Apoyo social y dependencia percibida en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 3657–3673. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i1.4681](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4681)
- Arrieta, J., & Guzmán-Saldaña, R. (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de La Salud Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*, 10(19), 101–102. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i19.8033>

- Avila-Espada, A. (2024). Sullivan y la adolescencia. Reconstruyendo la subjetividad en el “milagro” de la adolescencia. *Clínica e Investigación Relacional*, 18(1), 100–119. <https://doi.org/10.21110/19882939.2024.180109>
- Aya, K., Herrera, J., & Nuñez, C. (2020). *Relación entre la funcionalidad familiar y síntomas depresivos en personas con diabetes tipo 2*. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3219>
- Barajas-Lizarazo, M. A., Lee Osorno, B. I., Martínez Torres, J., & Cardenas Malpica, P. A. (2023). Validez de constructo y la confiabilidad del cuestionario MOS de apoyo social en estudiantes universitarios. *Salud Uninorte*, 39(01), 109–123. <https://doi.org/10.14482/sun.39.01.614.421>
- Barbe, J., & Solomonov, N. (2016). Teorías psicodinámicas. *Universidad de Buenos Aire*, 2. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/14773-003>
- Barboza, E. E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Revista Cuidarte*, 11(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación En Psicología*, 22, 39–52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. (Psychologi).
- Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., & Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Berger, P., & Luckmann, T. (1986). La construcción social de la realidad (Cap. III). *Amorrortu*. <https://politecnico metro.edu.co/wp-content/uploads/2021/08/Construccion-social-de-la-realidad-Berger-Luckman.pdf>
- Cabascango, E., Anrango, P., & Flores, C. (2025). Incertidumbre y

- afrontamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista Eugenio Espejo*, 19(1), 44–59. <https://doi.org/10.37135/ee.04.22.04>
- Cajachagua, M., Chávez, J., Chilón, A., & Camposano, A. (2022). Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2083>
- Castiblanco, R., Ángel, L. J., Díaz, J. C., Martínez, L. F., Moreno, P. D., & Salamanca, V. M. (2021). Influencia de las redes de apoyo social en la evolución de la enfermedad de Alzheimer. *Salud UIS*, 53(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21019>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Cómo ayudar a los amigos y familiares con diabetes*. Cdc.Gov. <https://www.cdc.gov/diabetes/caring/index.html>
- Chang, S., Chaparro, M., Collazos, L., & Cruz, T. (2024). Diabetes mellitus y su asociación con depresión crónica en adultos en la población peruana. *Horizonte Médico (Lima)*, 24(2), e2566. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2024.v24n2.08>
- CONCYTEC. (2020). *Guía práctica para la formulación y ejecución de proyectos de investigación y desarrollo (I+D)*.
- Coryell, W. (2025). Trastornos depresivos. *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiaticos/trastornos-del-estado-de-animo/trastornos-depresivos?ruleredirectid=758>
- Costa-Cordella, S., Luyten, P., Giraudo, F., Mena, F., Shmueli-Goetz, Y., & Fonagy, P. (2020). Apego y estrés en niños con Diabetes tipo 1 y sus madres. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(1), 68. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i1.1197>
- Dahab, J., & Rivadeneira, C. (2022). La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual ¿*. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Ferrazza, I., & Pesantes, M. A. (2024). Men With Type II Diabetes in Peru: The Role of Masculine Gender Norms in the Perception of Family

- Support. *American Journal of Men's Health*, 18(2).  
<https://doi.org/10.1177/15579883241239552>
- Gómez, M. (2025). *Funcionalidad familiar y depresión en adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario - Corrales, 2024* [Universidad Nacional de Tumbes].  
<https://repositorio.untumbes.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9ade2af9-346d-4107-98c0-d6ef1542b34a/content>
- Gómez, V. (2020). *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus 2 que acuden al programa DiabetIMSS en la U.M.F. núm. 11, Tapachula, Chiapas* [Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].  
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/de31f165-755d-4ec2-a91c-9cfbf9045d9b/content>
- González-Terrazas, R. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Campos, María de Guadalupe*.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.32870/ac.v29i4.80320>
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñon, M., Rosas, E., & Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1).
- Hernández-Sampieri y Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación* (McGraw-Hill (ed.); 2da edición).
- Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. (2020). *Análisis de la situación de salud 2020 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega*.  
[https://www.hospitalabancaygdv.gob.pe/assets/archivos/documentos-gestion/2022/02/asis\\_2020.pdf](https://www.hospitalabancaygdv.gob.pe/assets/archivos/documentos-gestion/2022/02/asis_2020.pdf)
- Jiménez, R. (2020). *Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos* [Universidad Autónoma de Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2172>
- Maurial, I. (2000). Del absurdo a la esperanza: Vacío existencial y sed de misterio en el hombre de hoy. *Revista de La Facultad de Psicología y Humanidades*, 8.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.33539/avpsicol.2000.v8n1.3276>

- Mazo, M., P., Villa, M., Tapias, V., Carmona, T., Ossa, M. F., Herrera, M., & M. (2025). La depresión: un análisis documental integral de su concepto, historia y abordajes alternativos. *Revista Humanismo y Sociedad*, 13(2), 1–17. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10365374.pdf>
- Méndez, N. (2022). Intervención cognitivo-conductual para un alto grado de malestar ante actividades laborales: un estudio de caso. *ACADEMO Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades*, 10(1), 30–46. <https://doi.org/10.30545/academo.2023.ene-jun.4>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2025). *Establecimientos del Minsa atendieron más de 250 000 casos de depresión a lo largo del año 2024*. <https://www.gob.pe/>. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1088925-establecimientos-del-minsa-atendieron-mas-de-250-000-casos-de-depresion-a-lo-largo-del-ano-2024>
- MINSA. (2023). *Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 Años desde el Primer Nivel de Atención*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6598.pdf>
- Moraga, R., Bello-Escamilla, N., Castillo Olate, R., Arriagada Llanos, A., Cuevas Martínez, P., & Valenzuela Vejar, C. (2024). Nivel de comunicación familiar y autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en atención primaria de salud. *Index de Enfermería Digital*, e14680. <https://doi.org/10.58807/indexenferm16360>
- Nanguce, M., & Sierra, J. (2024). Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores con diabetes. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 5(1), 378–391. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i1.101>
- National Center for Biotechnology Information. (2025). *Diabetes y depresión*. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/books/NBK498652/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/translate.google/books/NBK498652/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)
- Nicolau, J. (2023). Depresión y diabetes. *Sociedad Española de Diabetes*. <https://www.revistadiabetes.org/psicologia/depresion-y-diabetes/>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la

- Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Pari, G. (2020). *Apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo* [Universidad Católica de Santa María]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e219192e-42a5-4ec1-89c7-da0a496b42da/content>
- Quintero, C., & Gil Vera, V. (2021). Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: Un modelo de clasificación. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.18270/chps.v21i1.3712>
- Quispe, P., & Taza, S. (2023). *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis de un Puesto de Salud del distrito de San Juan de Lurigancho, 2022* [Universidad Privada del Norte]. [https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/37277/Quispe Agurto%20 Pamela Feliciano - Taza Galarza%20 Sandy Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/37277/Quispe%20Agurto%20Pamela%20Feliciano%20-%20Taza%20Galarza%20Sandy%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rios, C. M., & Espínola, C. C. (2020). Family support and glycemic control in diabetic patients of a Hospital of III Level of Care of Paraguay. *Revista Del Nacional (Itauguá)*, 12(1), 28–41. <https://doi.org/10.18004/rdn2020.0012.01.028-041>
- Rocha, G. L., & Gavilanes, F. R. (2024). Apoyo social percibido y estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(4), 16–27. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i4.1141>
- Rodríguez, I., López Orozco, R. E., Cedillo Campos, K. L., Martínez Hernández, J., & Lerma Narváez, K. S. (2024). Ansiedad y depresión en personas que viven con diabetes tipo 2: la resiliencia como factor protector. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 12063–12075. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5.13396](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13396)
- Rondón, J., & Angelucci, L. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de*

- Psicología*, 40(2), 215–242. <https://doi.org/10.22544/rcps.v40i02.08>
- Ronquillo, C. L., Ballesteros, L. G., Vera, R. Y., & Román Ordoñez, F. G. (2024). Teoría General de Sistemas, supuestos subyacentes y no subyacentes para el crecimiento económico empresarial. *ULEAM Bahía Magazine (UBM)*, 5(9), 70–78. <https://doi.org/10.56124/ubm.v5i9.010>
- Rosales-Peña, A. K., González-Domínguez, R., & González, A. (2024). Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una clínica de primer nivel. *Atención Familiar*, 32(1), 46–52. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.1.90131>
- Ruvalcaba, J., Reynoso-Vázquez, J., Hernández-Rivero, E., Martínez-Villamil, M., Zamudio-López, J. L., Islas-Vega, I., Pelcastre-Neri, A., & Garnica-Guerrero, B. (2020). La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hospital a Domicilio*, 4(4), 199. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>
- Santa, P., Ruiz-Trillo, C. A., Pérez-Morales, A., Cortés-Lerena, A., Gamero-Dorado, C., & Garrido-Bueno, M. (2025). Educación terapéutica enfermera sobre el control glucémico y bienestar emocional en adolescentes con diabetes mellitus de tipo 1 durante la transición hospitalaria. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 72(1), 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2024.07.008>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Suarez, F., Guerrero, A., & Bedoya, D. (2021). Ajuste razonable del modelo de terapia cognitiva de Aaron Beck en una muestra piloto de personas sordas señantes, una sistematización de experiencia. *Revista de Psicoterapia*. <https://doi.org/https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.46>
- Teso, L. (2020). La Melancolía en la antigüedad: una enfermedad del alma. *Universitat Autònoma de Barcelona*. <https://ddd.uab.cat/record/230648>
- Tobón, J., & Correa, C. (2022). *Psicología clínica, una perspectiva humanista*. <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=MCNOEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA54&dq=Paradigma+psicológico:+El+apoyo+familiar+s>

e+enmarca+principalmente+en+el+paradigma+humanista+y+sistémic  
o.+-

+Desde+el+paradigma+humanista,+se+reconoce+a+la+familia+como  
+un+espaci

Torres, M. (2024). *Apoyo familiar y depresión en pacientes de una clínica de hemodiálisis de Barranca* [Universidad Autónoma del Perú]. [https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/4016/Torres Diaz%2C M..pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/4016/Torres%20Diaz%20M..pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tran, N., Nguyen, Q., Thi, H., Le, T., & Ngo, N. (2021). Depression Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence and Associated Factors in Hue City, Vietnam. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, Volume 14*, 505–513. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S289988>

Vargas, S. (2021). Factores que inciden en la depresión en estudiantes universitarios: Una revisión sistemática. *Conrado*, 17(82).

Vázquez, V. (2009). *La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings*. [https://www.researchgate.net/publication/50819403\\_La\\_educacion\\_y\\_la\\_etica\\_del\\_cuidado\\_en\\_el\\_pensamiento\\_de\\_Nel\\_Noddings](https://www.researchgate.net/publication/50819403_La_educacion_y_la_etica_del_cuidado_en_el_pensamiento_de_Nel_Noddings)

Villalba-Arias, J., Almirón-Santacruz, J., & Torales, J. (2021). Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Medicina Clínica y Social*, 5(2), 90–99. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.187>

## ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE(S) Y DIMENSIONES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Identificar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p>	<p><b>Hipótesis General:</b></p> <p>Existe relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p>	<p>Apoyo Familiar</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo instrumental</li> <li>- Apoyo emocional/informacional</li> <li>- Apoyo afectivo</li> <li>- Interacción positiva</li> </ul>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básico</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental</p>
<p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo se relaciona el apoyo</li> </ul>	<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la relación entre el apoyo instrumental y la</li> </ul>	<p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe relación entre el apoyo instrumental y la</li> </ul>	<p>Depresión</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Área cognitiva</li> <li>- Área</li> </ul>	<p>Población: 130 pacientes con diabetes mellitus tipo II</p> <p>Muestra: 130 pacientes</p>

<p>instrumental y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?</p> <p>- ¿Cómo se relaciona el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?</p> <p>- ¿Cómo se relaciona el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de</p>	<p>depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p> <p>- Determinar la relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p> <p>- Determinar la relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p>	<p>depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p> <p>- Existe relación entre el apoyo emocional/informacional y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p> <p>- Existe relación entre el apoyo afectivo y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p>	<p>física/conductual</p> <p>- Área física/emocional</p>	<p>con diabetes mellitus tipo II</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de Moss y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)</p> <p>Técnica de análisis y procesamiento de datos:</p> <p>La investigación se realizó mediante un análisis descriptivo e inferencial mediante el Rho de Spearman con el software de SPSS</p>
--	--	--	---	---

<p>Abancay, 2025?</p> <p>- ¿Cómo se relaciona la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025?</p>	<p>- Determinar la relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p>	<p>- Existe relación entre la interacción positiva y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025</p>		<p>versión 27.</p>
--	---	--	--	--------------------

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

**Cuestionario MOS de Apoyo percibido**  
**DATOS GENERALES:**

- **Edad:** ..... **Sexo:** ..... **Fecha:** .....

A. Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómoda contigo y puedes hablar acerca de lo que tú sientes y piensas)		1. Escriba el número aproximado de familiares cercanos:					
B. Marque con una X la opción que mejor describa su respuesta		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre	
2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama						
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar						
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas						
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite						
6	Alguien que le muestre amor y afecto						
7	Alguien con quien pasar un buen rato						
8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación						
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones						
10	Alguien que le abrace						
11	Alguien con quien pueda relajarse						
12	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo						
13	Alguien cuyo consejo realmente desee						
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas						
15	Alguien que le ayude con las tareas domésticas						
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos						
17	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales						
18	Alguien con quien divertirse						
19	Alguien que comprenda sus problemas						
20	Alguien a quien amar y sentirse querido						

## Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

### DATOS GENERALES:

- **Edad:** .....**Sexo:** .....**Fecha:** .....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

#### 1. Tristeza

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

#### 2. Pesimismo

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

#### 3. Fracaso

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

#### 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### **5. Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### **6. Sentimientos de Castigo**

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

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

0 Siento acerca de mí mismo lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

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

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### **10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

### **11. Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12. Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

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

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

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

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

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

### **19. Dificultad de Concentración**

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

### **20. Cansancio o Fatiga**

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

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:.....

### Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

#### INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

##### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY – 2025.

Nombre del Instrumento: MOS-SSS (Medical Outcomes Study – Social Support Survey)

Nombre del Experto: ROSARY SANCHEZ FELIX


##### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	si	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	si	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	si	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	si	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	si	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	si	

7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	si	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	si	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	si	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	si	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los criterios de validez, por lo tanto, es aplicable.

  
 Dra. Rosaby Sánchez Félix  
 PSICOLOGA  
 C. Ps P. 3041

Nombre: ROSABY SANCHEZ FELIX  
 DNI: 09143266

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY – 2025.

Nombre del Instrumento: Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II)

Nombre del Experto: ROSABY SANCHEZ FELIX

### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Si	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Si	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Si	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Si	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Si	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Si	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos	Si	

	teóricos del tema investigado		
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	si	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	si	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	si	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los criterios de validez, por lo tanto, es aplicable.

  
 Dra. Rosaby Sánchez Félix  
 PSICOLOGA  
 C.Ps.P. 3041

Nombre: ROSABY SANCHEZ FELIX  
 DNI: 09143266

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY – 2025.

Nombre del Instrumento: MOS-SSS (Medical Outcomes Study – Social Support Survey)

Nombre del Experto: Angella Lucía Colonna Sotomayor

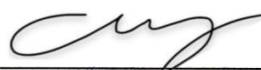
### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Si	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Si	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Si	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Si	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Si	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Si	

7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Si	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Si	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Si	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Si	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los criterios de validez, por lo tanto, es aplicable.



Nombre: Angella Lucia Colonna Sotomayor  
DNI: 76354436

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY – 2025.

Nombre del Instrumento: Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II)

Nombre del Experto: Angella Lucia Coloma Sotomayor

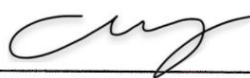
### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Si	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Si	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Si	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Si	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Si	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Si	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos	Si	

	teóricos del tema investigado		
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Si	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Si	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Si	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los criterios de validez, por lo tanto, es aplicable.



Nombre: Angella Lucia Colonna Sotomayor  
DNI: 76354436

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY – 2025.

Nombre del Instrumento: Inventario de depresión de Beck – II (BDI-II)

Nombre del Experto: Pedro Antony Albújar Sánchez

### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Si	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Si	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Si	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Si	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Si	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Si	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos	Si	

	teóricos del tema investigado		
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Si	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Si	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Si	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los criterios de validez, por lo tanto, es aplicable.



Nombre: Pedro Antony Albuján Sánchez  
DNI: 47123233

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY – 2025.

Nombre del Instrumento: MOS-SSS (Medical Outcomes Study – Social Support Survey)

Nombre del Experto: Pedro Antony Albuja Sánchez

### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Si	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Si	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Si	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Si	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Si	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Si	

7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Si	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Si	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Si	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Si	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento cumple con los criterios de validez, por lo tanto, es aplicable.



Nombre: Pedro Antony Albájan Sánchez  
DNI: 47123233

## Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo

Reliability and validity of the survey of social support in patients with cancer from Trujillo

DEYVI BACA R.<sup>1</sup>

RECIBIDO 10/12/2015, ACEPTADO 27/03/2016

### RESUMEN

La investigación tuvo como propósito analizar la validez y confiabilidad del cuestionario MOS de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart (1991) a pacientes con cáncer de Trujillo. Estudio de tipo instrumental. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos. El instrumento utilizado fue el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS), desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), y una ficha de datos diseñada para fines del estudio. Las técnicas de análisis fueron el alfa de Cronbach para la confiabilidad y el análisis factorial exploratorio (AFE) de ejes principales para la validez con rotación Promax. Se logró un nivel elevado de confiabilidad ( $\alpha = .94$ ) y un modelo de tres factores (54.240% de la varianza total): informacional, afectivo e instrumental. El estudio concluyó en un adecuado nivel de confiabilidad y validez del instrumento, y se recomienda ampliar la población de estudio tanto con muestras clínicas (con cáncer) como no clínicas (sin cáncer).

**Palabras clave:** Apoyo social, cáncer, confiabilidad, validez.

### ABSTRACT

The research was aimed analyze the validity and reliability of the MOS Social Support Sherbourne and Stewart (1991) to patients with cancer in Trujillo. Study instrumental. The sample consisted of 100 patients diagnosed with cancer, aged 18 and both sexes. The instrument used was the Questionnaire MOS Perceived Social Support (MOS), developed by Sherbourne and Stewart (1991), and a data sheet designed for the study purposes. The techniques used were Cronbach's alpha for reliability and exploratory factor analysis (EFA) of principal axes for validity. The results achieved a high level of reliability ( $\alpha = .94$ ) and a model three factors (54.24% of the total variance): informational, emotional and instrumental. The study concluded adequate reliability and validity of the instrument level, and recommends further study population with both clinical samples (cancer) and non-clinical (no cancer).

**Keywords:** Social support, cancer, reliability, validity.

<sup>1</sup> Docente de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la UIGV. Correo electrónico: d.baca@uigv.edu.pe



Sailuz Dayeli Rojas



Para: d.baca@uigv.edu.pe

Jue 11/12/2025 15:42

Buen día Doctor, nos presentamos en calidad de Bachilleres, cursando un taller de Tesis en la universidad Autónoma de Ica, recurriendo a usted por el permiso requerido para utilizar el instrumento: MOS-SSS, como parte de nuestro proyecto: "Apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Tipo II".

Por lo expuesto solicitamos su ayuda y comprensión a nuestra petición, quedo atenta a su pronta respuesta.

Att.

Bach. Sailuz Dayeli Rojas Lancho

Bach. Matsuh Astrid Dipas del Castillo

## Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica

*Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in a clinical sample*

Dennys Vanessa Barreda Sánchez-Pachas<sup>1</sup>  
Universidad Científica del Sur

Recibido: 08 - 08 - 18

Aceptado: 10 - 07 - 19

### Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo analizar las propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), adaptado en Argentina. Para ello se trabajó en una muestra peruana de 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima, la edad de los participantes estuvo comprendida entre los 17 y 71 años. Los resultados obtenidos muestran que el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue alto (alfa= .93). Se observó que de un total de 21 ítems del IDB II, no se eliminó ninguno, quedando así el total de ítems para la prueba final. El índice de validez de contenido fue alto, se observó un valor V de Aiken de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos. La validez de constructo fue evaluada a través del análisis de componentes principales, el modelo propuesto inicialmente de dos factores somático-afectivo y cognitivo no es confirmado en la presente investigación. El análisis de componentes principales muestra que el BDI-II, mide una sola dimensión general de depresión.

**Palabras clave:** Depresión; inventario; propiedades psicométricas; muestra clínica.

### Abstract

The objective of this research was to analyze the psychometric properties of the second edition of the Beck Depression Inventory (BDI-II), adapted in Argentina. For this purpose, a Peruvian sample of 400 people attended in an outpatient clinic of a specialized center in mental health in Lima, the age of the participants was between 17 and 71 years old. The results obtained show that the Cronbach coefficient of reliability was high (alfa= .93). It was observed that of a total of 21 items of IDB II, none was eliminated, thus leaving the total number of items for the final test. The content validity index was high, an Aiken V value of .99 was observed, obtaining 100% of valid items. The construct validity was evaluated through the

---

<sup>1</sup> Psicóloga, docente de la carrera de Medicina Humana Universidad Científica del Sur.  
E-mail: [dbarreda@cientifica.edu.pe](mailto:dbarreda@cientifica.edu.pe), [paxbonumd@yahoo.es](mailto:paxbonumd@yahoo.es)

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de Investigación en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Atribución - No Comercia, Compartir Igual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada.



Sailuz Dayeli Rojas



Para: johann.vega.d@upch.pe

Jue 11/12/2025 15:44

Buen día Doctor, nos presentamos en calidad de Bachilleres, cursando un taller de Tesis en la universidad Autónoma de Ica, recurriendo a usted por el permiso requerido para utilizar el instrumento: Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), como parte de nuestro proyecto: "Apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Tipo II".

Por lo expuesto solicitamos su ayuda y comprensión a nuestra petición, quedo atenta a su pronta respuesta.

Att.

Bach. Sailuz Dayeli Rojas Lancho

Bach. Matsuh Astrid Dipas del Castillo

Responder

Reenviar



Sailuz Dayeli Rojas



Para: jsanz@psi.ucm.es

Jue 11/12/2025 15:46

Buen día Doctor, nos presentamos en calidad de Bachilleres, cursando un taller de Tesis en la universidad Autónoma de Ica, recurriendo a usted por el permiso requerido para utilizar el instrumento: Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II), como parte de nuestro proyecto: "Apoyo familiar y depresión en pacientes con Diabetes Tipo II".

Por lo expuesto solicitamos su ayuda y comprensión a nuestra petición, quedo atenta a su pronta respuesta.

Att.

Bach. Sailuz Dayeli Rojas Lancho

Bach. Matsuh Astrid Dipas del Castillo

Responder

Reenviar

## Anexo 5: Oficio y carta de presentación



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Chincha Alta, 04 de Febrero del 2026

### **OFICIO N°0255-2026-UAI-FCS**

**DR. CARLOS HERNÁN MONTEAGUDO GONZALES**  
**DIRECTOR**  
**HOSPITAL II DE ABANCAY ESSALUD**  
Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica tiene como principal objetivo formar profesionales con un perfil científico y humanístico, sensibles con los problemas de la sociedad y con vocación de servicio, este compromiso lo interiorizamos a través de nuestros programas académicos, bajo la excelencia en la formación académica, y trabajando transversalmente con nuestros pilares como son la **investigación**, responsabilidad social y bienestar universitario en inserción laboral.

En tal sentido, nuestras estudiantes se encuentran en el desarrollo de tesis para la obtención del título profesional para los programas académicos de Enfermería, Psicología y Obstetricia. L estudiantes han tenido a bien seleccionar temas de estudio de interés con la realidad local y regional, tomando en cuenta a la institución que usted dirige.

Como parte de la exigencia del proceso de investigación, se debe contar con la **autorización** de la Institución elegida, para que las estudiantes puedan proceder a realizar el estudio, recabar información y aplicar su instrumento de investigación, misma que a través del presente documento solicitamos.

Adjuntamos la carta de presentación de los estudiantes con el tema de investigación propuesto y quedamos a la espera de su aprobación.

Sin otro particular y con la seguridad de merecer su atención, me suscribo, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.



**Mag. Jose Yomil Perez Gomez**  
DECANO (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

Av. Abelardo Alva Maurtua 489  
autonomadeica.edu.pe



## CARTA DE PRESENTACIÓN

El Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, que suscribe

### Hace Constar:

Que, **DIPAS DEL CASTILLO, Matsuh Astrid** identificada con código de estudiante **0070156235** y **ROJAS LANCHO, Sailuz Dayeli** identificada con código de estudiante **0074048007** del Programa Académico de **PSICOLOGÍA**, quienes vienen desarrollando la tesis denominada: **"APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY, 2025"**

Se expide el presente documento, a fin de que el encargado, tenga a bien autorizar a las en mención, a recoger los datos y aplicar su instrumento para su investigación, comprometiéndose a actuar con respeto y transparencia dentro de ella, así como a entregar una copia de la investigación cuando esté finalmente sustentada y aprobada, para los fines que se estimen necesarios.

Chincha Alta, 04 de Febrero del 2026



**Mag. Jose Yomil Perez Gomez**  
DECANO (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA



## Anexo 6: Solicitud de aplicación de investigación

### "AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

**SOLICITO:** RECOPIACION DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II PARA PROYECTO DE TESIS: "APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II"

DR: Carlos Monteagudo Gonzales  
DIRECTOR DEL HOSPITAL II ESSALUD Abancay

Yo, MATSUH ASTRID DIPAS DEL CASTILLO con DNI N° 70156235 domiciliado en calle Aymaraes s/n Dpt. N° 602 Patibamba Alta, a usted atentamente digo:

**Que,** en mi condición de bachiller de la carrera profesional de Psicología Humana, solicito me autorice la recopilación de datos de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II para proyecto de tesis: "APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II".

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Abancay 07 de noviembre del 2025

  
Carlos H. Monteagudo Gonzales  
DIRECTOR  
RED ASISTENCIAL APURIMAC  


  
MATSUH ASTRID DIPAS DEL CASTILLO  
DNI: 70156235

*Autenticada*  
07-11-25

**"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"**

**SOLICITO:** RECOPIACION DE DATOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II PARA PROYECTO DE TESIS: "APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II"

DR: Carlos Monteagudo Gonzales  
DIRECTOR DEL HOSPITAL II ESSALUD Abancay

Yo, SAILUZ DAYELI ROJAS LANCHO con DNI N° 74048007 domiciliado en Av. 28 de Julio N° 340 Abancay, a usted atentamente digo:

**Que**, en mi condición de bachiller de la carrera profesional de Psicología Humana, solicito me autorice la recopilación de datos de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II para proyecto de tesis: "APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II".

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Abancay 07 de noviembre del 2025

  
Carlos H. Monteagudo Gonzales  
DIRECTOR  
RED ASISTENCIAL APURÍMACA  


  
SAILUZ DAYELI ROJAS LANCHO  
DNI: 74048007

AutORIZADA  
07-11-25

## Anexo 7: Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### "APOYO FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL DE ABANCAY, 2025"

**Institución** : Universidad Autónoma de Ica.

**Responsables** : Sailuz Dayeli Rojas Lancho  
Matsuh Astrid Dipas Del Castillo  
Estudiantes del programa académico de Psicología

**Objetivo de la investigación:** Por la presente lo estamos invitando a participar de la investigación que tiene como finalidad de Identificar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en un Hospital de Abancay, 2025. Al participar del estudio, deberá resolver un instrumento de 19 ítems que mide el apoyo familiar percibido y un instrumento de 21 ítem que mide la depresión, los cuales serán respondidos de forma anónima.

**Procedimiento:** Si acepta ser participe de este estudio, usted deberá llenar el cuestionario digital denominado "Apoyo Social Percibido (MOS)" y "Inventario de depresión de Beck (BDI-II)", el cual deberá ser resueltos en un tiempo de 20 minutos, dicho cuestionario será entregado de manera física.

**Confidencialidad de la información:** El manejo de la información es a través de códigos asignados a cada participante, por ello, las responsables de la investigación garantizan que se respetará el derecho de confidencialidad e identidad de cada uno de los participantes, no mostrándose datos que permitan la identificación de las personas que formaron parte de la muestra de estudio.

**Consentimiento:** Yo, en pleno uso de mis facultades mentales y comprensivas, he leído la información suministrada por las Investigadoras, y acepto, voluntariamente, participar del estudio, habiéndome informado sobre el propósito de la investigación, así mismo, autorizo la toma de fotos (evidencia fotográfica), durante la resolución del instrumento de recolección de datos.

*Abancay, 23 de noviembre de 2025*

Firma: .....  
Apellidos y nombres: .....  
DNI: .....

## Anexo 8: Constancia de aplicación de investigación



*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

# CONSTANCIA

Mediante la presente se otorga **constancia de aplicación de instrumento** a, MATSUH ASTRID DIPAS DEL CASTILLO con DNI N° 70156235 Y SAILUZ DAYELI ROJAS LANCHO DNI N° 74048007, estudiantes de la universidad privada "Universidad Autónoma De Ica", quienes han aplicado los cuestionarios "Cuestionario MOS de apoyo percibido" y "Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)", a 130 pacientes del Hospital II EsSalud Abancay. En la investigación titulada "Apoyo Familiar y Depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II en un Hospital de Abancay 2025" en la fecha desde el 7 de noviembre del 2025

Se expide la presente constancia para la solicitud de las interesadas para fines consiguientes

Abancay 30 de noviembre del 2025

  
CARLOS H. MONTENEGRO GONZALEZ  
DIRECTOR  
RED ASISTENCIAL APURIMAC  


Anexo 9: Análisis de confiabilidad y base de datos

**VARIABLE APOYO FAMILIAR**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	130	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0.0
	Total	130	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.969	19

**VARIABLE DEPRESIÓN**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	130	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0.0
	Total	130	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.860	21

Questionario para evaluar la depresión

Edad	Sexo	n	Área cognitiva					Área física/conductual							Área física/emocional							RESUMEN					
			P-1	P-2	P-9	P-14	P-13	P-8	P-5	P-3	P-7	P-6	P-4	P-10	P-11	P-12	P-15	P-16	P-17	P-18	P-19	P-20	P-21	D1	D2	D3	TOTAL
48	F	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	4
58	M	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	7	3	11
58	F	3	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	1	1	3	3	6	7	16
53	F	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	2	8	10
64	F	5	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1	1	3	7	12	22
50	F	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	2	5	7
70	F	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	F	8	2	1	1	1	0	1	0	0	2	1	0	2	2	1	2	2	2	0	1	3	0	5	6	13	24
74	M	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	F	10	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	8	7	17
65	M	11	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	6	6	14	26
38	M	12	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	1	0	1	1	3	7	11
70	M	13	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	5
47	F	14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2
72	M	15	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	3	2	3	6	11
62	M	16	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	5
72	F	17	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	2	3	5	10
68	F	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	6	7
68	F	19	1	1	0	1	1	2	0	3	0	1	1	2	1	0	2	2	1	1	1	1	1	3	10	10	23
66	M	20	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	1	1	4	2	6	12
66	M	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4	4

53	F	<b>22</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3	4
43	F	<b>23</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	2	1	1	0	1	2	2	3	10	15
72	M	<b>24</b>	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	1	2	0	1	0	1	4	5	10	
65	F	<b>25</b>	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	2	3	2	2	1	0	0	3	5	11	19
83	F	<b>26</b>	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0	1	3	2	2	10	14
67	F	<b>27</b>	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1	2	0	4	10	14	
62	F	<b>28</b>	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	3	7	11	
52	F	<b>29</b>	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	2	0	1	3	0	1	0	0	1	2	4	8	14	
50	F	<b>30</b>	2	0	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	4	6	15	25	
54	F	<b>31</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	0	0	8	8	
76	F	<b>32</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	2	1	0	3	0	2	10	12
74	F	<b>33</b>	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	2	2	3	1	2	1	2	3	4	8	18	30
73	F	<b>34</b>	1	1	0	1	2	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	3	6	14	23	
52	F	<b>35</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	5	9	14	
51	F	<b>36</b>	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	4	3	10	
70	M	<b>37</b>	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	6	8	
77	M	<b>38</b>	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	0	0	6	7	7	20	
74	M	<b>39</b>	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	9	12	
75	M	<b>40</b>	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	2	0	0	1	0	1	3	2	4	8	14	
68	F	<b>41</b>	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	2	0	1	3	3	0	11	14	
40	F	<b>42</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	3	
75	M	<b>43</b>	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	2	1	2	0	1	3	1	5	10	16	
46	F	<b>44</b>	1	2	0	0	0	3	2	2	1	0	1	2	2	1	2	2	2	1	0	1	3	3	11	14	28	
74	M	<b>45</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7	8	
74	F	<b>46</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2	

61	F	<b>47</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	6	9	18	
71	F	<b>48</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7	8	
79	F	<b>49</b>	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	5	8	16	
75	F	<b>50</b>	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	9	13		
67	F	<b>51</b>	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	2	5	8	
62	M	<b>52</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	6	
62	M	<b>53</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	0	1	1	0	0	2	7	9	
64	M	<b>54</b>	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	9	13		
41	F	<b>55</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	6	7	
80	F	<b>56</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	5	6		
53	M	<b>57</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	3	4	7	
67	F	<b>58</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	3	8	12	
73	F	<b>59</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	4
51	F	<b>60</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	6	6	
51	F	<b>61</b>	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1	3	1	6	8	15	
58	F	<b>62</b>	1	1	0	1	1	2	1	1	0	1	2	0	1	1	2	2	1	1	1	2	0	3	8	11	22	
45	M	<b>63</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	3	
68	M	<b>64</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	3	3	7	
63	M	<b>65</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	4	5	
54	M	<b>66</b>	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1	3	6	
63	F	<b>67</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	2	0	4	6	
63	F	<b>68</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	2	5	8	
63	M	<b>69</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	3	4	
70	M	<b>70</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	3	8	12	
69	M	<b>71</b>	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	3	1	1	1	6	9	16	

67	M	<b>72</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
64	F	<b>73</b>	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	3	5	6	14
50	M	<b>74</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	6
70	F	<b>75</b>	0	0	0	1	2	0	1	2	1	0	1	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	8	5	14
54	M	<b>76</b>	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	5	10	16
71	M	<b>77</b>	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
59	F	<b>78</b>	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	4	8	14
71	M	<b>79</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	6	9	19
65	F	<b>80</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	3
66	F	<b>81</b>	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	3	7	11
51	M	<b>82</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3
77	F	<b>83</b>	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	3	6	10
68	F	<b>84</b>	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	2	2	6	10
64	F	<b>85</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	9	15
63	M	<b>86</b>	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	9	16
70	M	<b>87</b>	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	4	7	12
65	F	<b>88</b>	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	3	8	14	
57	F	<b>89</b>	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	3	8	11	
74	M	<b>90</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	9	16	
69	M	<b>91</b>	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	3	1	1	1	6	9	16
67	M	<b>92</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
64	F	<b>93</b>	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	1	3	5	6	14	
50	M	<b>94</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	5	6
70	F	<b>95</b>	0	0	0	1	2	0	1	2	1	0	1	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	8	5	14
54	M	<b>96</b>	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	5	10	16

71	M	<b>97</b>	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
59	F	<b>98</b>	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	4	8	14	
71	M	<b>99</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	6	9	19	
65	F	<b>100</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	3	
66	F	<b>101</b>	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	3	7	11
51	M	<b>102</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3	
77	F	<b>103</b>	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	3	6	10
68	F	<b>104</b>	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	2	2	6	10
64	F	<b>105</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	9	15	
63	M	<b>106</b>	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	9	16	
70	M	<b>107</b>	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	4	7	12	
65	F	<b>108</b>	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	3	8	14	
57	F	<b>109</b>	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	3	8	11
74	M	<b>110</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	9	16	
48	F	<b>111</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	4
58	M	<b>112</b>	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	7	3	11
58	F	<b>113</b>	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	0	1	1	3	3	6	7	16
53	F	<b>114</b>	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	2	8	10	
64	F	<b>115</b>	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1	3	7	12	22	
50	F	<b>116</b>	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	2	5	7
70	F	<b>117</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	F	<b>118</b>	2	1	1	1	0	1	0	0	2	1	0	2	2	1	2	2	2	0	1	3	0	5	6	13	24
74	M	<b>119</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	F	<b>120</b>	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	8	7	17
65	M	<b>121</b>	2	1	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	6	6	14	26

38	M	<b>122</b>	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	1	0	1	1	3	7	11
70	M	<b>123</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	5
47	F	<b>124</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2
72	M	<b>125</b>	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	3	2	3	6	11
62	M	<b>126</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	5
72	F	<b>127</b>	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	2	3	5	10
68	F	<b>128</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	6	7
68	F	<b>129</b>	1	1	0	1	1	2	0	3	0	1	1	2	1	0	2	2	1	1	1	1	1	3	10	10	23
66	M	<b>130</b>	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	1	1	4	2	6	12

Cuestionario para evaluar el MOS apoyo percibido

n° de fam.	n	Instrumental				emocional/ informacional								Afectivo			interacción positiva				RESUMEN				
		P-1	P-4	P-11	P-14	P-2	P-3	P-7	P-8	P-12	P-15	P-16	P-18	P-5	P-9	P-19	P-6	P-10	P-13	P-17	D1	D2	D3	D4	TOTAL
0	<b>1</b>	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	19	37	13	17	69
9	<b>2</b>	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	19	40	15	20	74
4	<b>3</b>	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	20	37	14	17	71
7	<b>4</b>	3	3	3	3	1	4	1	5	3	5	3	5	5	5	4	5	3	4	4	12	27	14	16	53
1	<b>5</b>	2	5	2	3	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	3	12	34	15	16	61
8	<b>6</b>	5	5	2	5	5	5	5	5	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	17	35	15	20	67
5	<b>7</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	20	40	15	17	75
8	<b>8</b>	1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	6	11	4	4	21
5	<b>9</b>	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	38	15	20	73
1	<b>10</b>	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	6	8	5	5	19

3	<b>11</b>	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	7	8	4	4	19	
5	<b>12</b>	5	3	3	2	4	3	5	4	3	5	2	5	3	5	5	2	3	1	1	13	31	13	7	57
7	<b>13</b>	2	2	3	2	5	4	1	1	4	1	4	2	5	5	3	5	5	3	4	9	22	13	17	44
1	<b>14</b>	1	1	3	1	2	2	3	2	3	3	3	4	3	4	4	2	3	2	4	6	22	11	11	39
2	<b>15</b>	4	3	2	1	5	3	2	1	1	1	1	1	5	5	1	2	1	1	1	10	15	11	5	36
2	<b>16</b>	5	5	1	1	5	5	2	1	1	3	1	3	1	5	5	4	3	3	3	12	21	11	13	44
3	<b>17</b>	1	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	5	4	5	4	3	2	3	6	22	14	12	42
3	<b>18</b>	3	5	1	4	5	5	3	2	3	3	4	3	4	2	5	5	4	4	5	13	28	11	18	52
0	<b>19</b>	1	5	1	1	4	5	3	1	1	1	1	1	3	5	1	3	3	3	1	8	17	9	10	34
10	<b>20</b>	1	3	5	5	3	2	1	3	3	3	1	3	5	5	5	3	1	5	5	14	19	15	14	48
5	<b>21</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	20	39	15	19	74
4	<b>22</b>	5	4	5	1	3	2	3	2	3	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5	15	28	15	15	58
8	<b>23</b>	2	2	1	3	5	5	2	5	5	5	3	5	5	3	5	5	2	5	5	8	35	13	17	56
8	<b>24</b>	5	5	3	5	4	4	4	4	2	3	2	4	5	2	4	4	3	3	2	18	27	11	12	56
7	<b>25</b>	3	5	1	1	5	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	10	16	3	6	29
1	<b>26</b>	5	4	1	1	2	1	4	2	2	1	2	3	3	3	3	2	2	1	2	11	17	9	7	37
5	<b>27</b>	5	5	5	3	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	18	37	15	19	70
3	<b>28</b>	3	3	3	5	5	5	1	5	3	3	1	3	5	5	5	5	3	5	5	14	26	15	18	55
3	<b>29</b>	3	3	2	2	5	5	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	3	2	3	10	32	11	12	53
3	<b>30</b>	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	9	8	4	4	21	
10	<b>31</b>	2	2	5	1	2	2	5	2	5	4	2	2	4	5	4	4	5	1	3	10	24	13	13	47
2	<b>32</b>	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	8	8	9	4	25	
2	<b>33</b>	5	3	4	4	2	2	4	2	1	1	3	3	3	3	4	2	2	1	1	16	18	10	6	44
0	<b>34</b>	2	2	1	1	3	3	3	2	2	1	1	1	3	3	1	2	2	2	1	6	16	7	7	29
3	<b>35</b>	3	3	2	2	4	4	2	3	1	2	4	2	5	5	5	1	2	2	2	10	22	15	7	47

10	<b>36</b>	5	2	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	2	5	5	5	4	17	38	12	19	67	
8	<b>37</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
1	<b>38</b>	1	5	5	1	5	1	5	5	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	12	20	11	4	43	
4	<b>39</b>	2	5	1	2	3	3	3	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	10	16	5	4	31	
3	<b>40</b>	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	4	4	1	1	2	1	9	10	9	5	28	
3	<b>41</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	4	5	5	5	5	3	3	20	34	15	14	69	
4	<b>42</b>	1	5	5	2	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	13	37	15	18	65	
10	<b>43</b>	2	5	5	5	5	5	4	2	2	2	2	2	5	2	5	5	2	2	17	24	12	11	53	
3	<b>44</b>	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	8	8	15	8	31
5	<b>45</b>	4	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	17	35	14	18	66	
3	<b>46</b>	5	5	1	1	5	5	5	5	3	3	2	3	5	2	4	5	1	4	12	31	11	13	54	
0	<b>47</b>	1	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3	5	16	5	8	26
9	<b>48</b>	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	16	40	15	17	71	
10	<b>49</b>	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	14	32	12	16	58		
4	<b>50</b>	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	14	32	12	16	58		
6	<b>51</b>	4	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	10	21	8	10	39		
4	<b>52</b>	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	19	39	15	19	73		
3	<b>53</b>	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	18	34	13	16	65		
3	<b>54</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	8	18	6	9	32	
2	<b>55</b>	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	19	39	15	19	73		
4	<b>56</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75		
11	<b>57</b>	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	3	3	5	19	37	15	15	71	
4	<b>58</b>	2	2	2	2	4	3	4	4	2	2	2	3	4	4	3	4	2	2	8	24	11	10	43	
3	<b>59</b>	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	3	20	36	15	18	71	
8	<b>60</b>	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	38	15	20	73		

4	<b>61</b>	1	4	2	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	10	25	9	11	44	
4	<b>62</b>	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	30	12	16	58	
6	<b>63</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	16	32	12	15	60	
3	<b>64</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	32	12	16	60	
2	<b>65</b>	3	4	3	2	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	12	26	12	16	50	
5	<b>66</b>	4	4	3	2	4	4	4	4	3	2	4	2	4	4	4	3	3	2	13	27	12	12	52	
4	<b>67</b>	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	16	30	11	16	57	
1	<b>68</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	32	12	16	60	
1	<b>69</b>	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	2	3	4	3	3	3	3	3	13	28	10	12	51	
1	<b>70</b>	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	33	12	16	61	
4	<b>71</b>	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	2	14	31	11	12	56
4	<b>72</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	16	31	12	15	59	
6	<b>73</b>	2	3	4	4	2	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	13	26	11	13	50
3	<b>74</b>	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	15	29	12	16	56	
2	<b>75</b>	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	16	30	12	14	58
5	<b>76</b>	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	19	39	15	20	73	
4	<b>77</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	32	12	16	60	
1	<b>78</b>	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	17	6	8	31	
2	<b>79</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
5	<b>80</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
2	<b>81</b>	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	14	32	12	16	58	
1	<b>82</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
7	<b>83</b>	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	8	18	6	8	32	
10	<b>84</b>	4	4	3	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	15	34	12	16	61	
3	<b>85</b>	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	10	24	9	11	43

7	<b>86</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
5	<b>87</b>	2	2	1	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2	1	1	2	2	3	1	8	14	4	8	26
5	<b>88</b>	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	8	12	5	6	25
2	<b>89</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
5	<b>90</b>	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	2	4	12	30	10	14	52
4	<b>91</b>	4	3	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	5	3	1	4	1	1	1	17	24	9	7	50
4	<b>92</b>	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	2	14	31	11	12	56
4	<b>93</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	16	31	12	15	59	
6	<b>94</b>	2	3	4	4	2	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	13	26	11	13	50
3	<b>95</b>	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	15	29	12	16	56	
2	<b>96</b>	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	16	30	12	14	58
5	<b>97</b>	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	19	39	15	20	73	
4	<b>98</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	16	32	12	16	60	
1	<b>99</b>	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	17	6	8	31	
2	<b>100</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
5	<b>101</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
2	<b>102</b>	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	14	32	12	16	58	
1	<b>103</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
7	<b>104</b>	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	8	18	6	8	32	
10	<b>105</b>	4	4	3	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	15	34	12	16	61	
3	<b>106</b>	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	10	24	9	11	43	
7	<b>107</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	
5	<b>108</b>	2	2	1	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2	1	1	2	2	3	1	8	14	4	8	26
5	<b>109</b>	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	8	12	5	6	25
2	<b>110</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	40	15	20	75	

5	<b>111</b>	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	19	37	13	17	69
4	<b>112</b>	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	19	40	15	20	74
5	<b>113</b>	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	20	37	14	17	71
5	<b>114</b>	3	3	3	3	1	4	1	5	3	5	3	5	5	5	4	5	3	4	4	12	27	14	16	53
2	<b>115</b>	2	5	2	3	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	3	12	34	15	16	61
5	<b>116</b>	5	5	2	5	5	5	5	5	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	17	35	15	20	67
4	<b>117</b>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	20	40	15	17	75
0	<b>118</b>	1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	6	11	4	4	21
9	<b>119</b>	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	20	38	15	20	73
4	<b>120</b>	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	6	8	5	5	19
7	<b>121</b>	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	7	8	4	4	19
1	<b>122</b>	5	3	3	2	4	3	5	4	3	5	2	5	3	5	5	2	3	1	1	13	31	13	7	57
8	<b>123</b>	2	2	3	2	5	4	1	1	4	1	4	2	5	5	3	5	5	3	4	9	22	13	17	44
5	<b>124</b>	1	1	3	1	2	2	3	2	3	3	3	4	3	4	4	2	3	2	4	6	22	11	11	39
8	<b>125</b>	4	3	2	1	5	3	2	1	1	1	1	1	5	5	1	2	1	1	1	10	15	11	5	36
5	<b>126</b>	5	5	1	1	5	5	2	1	1	3	1	3	1	5	5	4	3	3	3	12	21	11	13	44
1	<b>127</b>	1	2	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	5	4	5	4	3	2	3	6	22	14	12	42
3	<b>128</b>	3	5	1	4	5	5	3	2	3	3	4	3	4	2	5	5	4	4	5	13	28	11	18	52
5	<b>129</b>	1	5	1	1	4	5	3	1	1	1	1	1	3	5	1	3	3	3	1	8	17	9	10	34
7	<b>130</b>	1	3	5	5	3	2	1	3	3	3	1	3	5	5	5	3	1	5	5	14	19	15	14	48

## Anexo 10: Informe de Turnitin al 28% de similitud






### 11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

#### Filtrado desde el informe


- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

#### Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

#### Marcas de integridad

##### N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**  
1 caracteres sospechosos en N.º de página  
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Anexo 11: Evidencia fotográfica





