



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE

“APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA-TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 2013.”

Requisito previo para obtener el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Chérrez Gavilanes, Alejandra Patricia

Tutora: Psc. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Ambato – Ecuador

Junio 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: “APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA-TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 2013.”, de Chérrez Gavilanes Alejandra Patricia, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2014

LA TUTORA

.....
Psc. Betancourt Ulloa, Nancy Del Carmen

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA-TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 2013.”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2014

LA AUTORA

.....
Chérrez Gavilanes Alejandra Patricia

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2014

LA AUTORA

.....
Chérrez Gavilanes Alejandra Patricia

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA-TUNGURAHUA, EN EL PERÍODO 2013.”, de Chérrez Gavilanes Alejandra Patricia, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2014

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, espero que mis actos sean agradables para Tí. A Inés Margarita pajarito, mujer amada se con certeza que hoy gozas en el cielo, y a todos los guerreros de vida que luchan por afrontar esta enfermedad, nunca están solos.

AGRADECIMIENTO

“Encomienda tus obras a Yavé, y tus proyectos se realizarán” Proverbios 16, 3

A Dios, el creador de la vida, motor de la misma, quien siempre es bueno y me ha dado la fuerza para culminar este trabajo investigativo.

A mis padres Franklin Fabián y Ana Patricia por siempre apoyarme en todo sentido incondicionalmente.

A mi familia y especialmente a mi hermano Diego Sebastián por darme aliento para seguir adelante, gracias por ser mi buen ejemplo.

A los 112 pacientes que colaboraron con esta investigación y supieron generosamente entregarme un poco de su tiempo, experiencia, calidez humana y enseñanzas de la vida, mi corazón guarda infinito cariño hacia ustedes. Al ingeniero Luis Carrillo y al doctor Nalo Martínez quienes me abrieron las puertas de esa hermosa familia que es SOLCA, al personal de la misma especialmente a la doctora Aída Aguilar y las licenciadas Delia Moya y Luz Marina Velasteguí.

A la Universidad Técnica de Ambato, a mis maestros que en su tiempo supieron impartir lo mejor de sí, a mi tutora de tesis la psicóloga Nancy Betancourt por su guía y confianza en mí y al doctor Ismael Gaibor por su colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xvi
RESUMEN.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1	Contextualización.....	2
1.2.2	Análisis crítico	7
1.2.3	Prognosis	7
1.2.4	Formulación del objeto de investigación.....	8
1.2.5	Preguntas directrices	8
1.2.6	Delimitación del problema	8
1.3	JUSTIFICACIÓN.....	9

1.4	OBJETIVOS	10
1.4.1	Objetivo General	10
1.4.2	Objetivos Específicos	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	11
2.2	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	13
2.3	FUNDAMENTACIÓN LEGAL	14
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	15
2.4.1	Variable independiente: Apoyo Social	16
2.4.1.1	Psicología comunitaria	16
2.4.1.2	Comunidad.....	17
2.4.1.3	Apoyo Social	19
2.4.2	Variable dependiente: Depresión	20
2.4.2.1	Estado de ánimo	20
2.4.2.2	Trastornos del estado de ánimo, afectivos o del humor	20
2.4.2.3	Depresión.....	20
2.5	MARCO CONCEPTUAL.....	22
2.5.1	Variable: Apoyo Social	24
2.5.1.1	Historia	24
2.5.1.2	Definición	26
2.5.1.3	Niveles.....	27
2.5.1.4	Perspectivas de estudio.....	28
2.5.1.5	Efectos Del Apoyo Social	30
2.5.2	Variable: Depresión.....	33
2.5.2.1	Definición	33
2.5.2.2	Epidemiología	34
2.5.2.3	Etiopatogenia y Factores de Riesgo	34
2.5.2.4	Semiología	36

2.5.2.5	Clasificación según CIE-10.....	39
2.5.2.6	Depresión en pacientes con cáncer	49
2.6	HIPÓTESIS	53
2.7	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	53

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	ENFOQUE	54
3.2	MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.3	NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.4.1	Población	56
3.4.2	Muestreo	57
3.4.3	Determinación del tamaño de la muestra	57
3.5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59
3.5.1	Matriz De Operacionalización De Variable Dependiente	59
3.5.2	Matriz De Operacionalización De Variable Independiente:.....	60
3.6	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	61
3.7	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	62

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1	ANÁLISIS CUANTITATIVO DE DATOS PERSONALES	63
4.2	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	67
4.2.1	Tamaño de la red social.....	67
4.2.2	Aspectos funcionales.....	70
4.2.2.1	Interacción Social Positiva	70
4.2.2.2	Apoyo Instrumental.....	72
4.2.2.3	Apoyo Afectivo.....	73
4.2.2.4	Apoyo Emocional/Informativa.....	75

4.2.3	Apoyo Social Total	77
4.3	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	79
4.4	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	83

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	CONCLUSIONES	84
5.2	RECOMENDACIONES	85

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1	DATOS INFORMATIVOS	86
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	86
6.3	JUSTIFICACIÓN.....	88
6.4	OBJETIVOS	89
6.4.1	Objetivo General	89
6.4.2	Objetivos Específicos	89
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	89
6.6	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO – TÉCNICA.....	90
6.6.1	Grupo de Apoyo.....	90
6.6.2	Intervención del profesional	93
6.6.3	Formación: Elementos a tomar en cuenta.....	93
6.6.4	Estructura de las sesiones:	94
6.6.5	Enfoque.....	95
6.6.6	Técnicas dinámicas grupales	97
6.6.7	Desarrollo del acompañamiento del grupo por fases	100
6.7	METODOLOGÍA: MODELO OPERATIVO.....	105
6.8	ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	110
6.9	PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	112

REFERENCIAS

Bibliografía.....	113
ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

tabla 1.- Matriz De Operacionalización De Variable Dependiente	59
tabla 2.- Matriz De Operacionalización De Variable Independiente.....	60
tabla 3.- Recolección de Información	61
tabla 4.- Fase Preliminar.	105
tabla 5.- Primera Fase.....	106
tabla 6.- Segunda Fase.	107
tabla 7.- Tercera Fase.	108
tabla 8.- Cuarta Fase.	109
tabla 9.- Presupuesto.	110
tabla 10.- Cronograma.....	111
tabla 11.- Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	112

TABLAS ESTADÍSTICAS

tabla estadística 1. - Población	56
tabla estadística 2.- Edad.....	63
tabla estadística 3.- Sexo.....	63
tabla estadística 4.- Estado Civil.....	64
tabla estadística 5.- Nivel de Educación.	64
tabla estadística 6.- Tipos de Cáncer en Mujeres.	65
tabla estadística 7- Tipos de Cáncer en Hombres.....	66

tabla estadística 8.- Tamaño de la Red.....	67
tabla estadística 9.- Interacción Social Positiva	70
tabla estadística 10.- Apoyo Instrumental.....	72
tabla estadística 11.- Apoyo Afectivo	73
tabla estadística 12.- Apoyo Emocional/Informativo.....	75
tabla estadística 13.- Apoyo Social Total.....	77
tabla estadística 14.- Niveles de Depresión.....	79
tabla estadística 15.- Tabla de Contingencia de apoyo social y niveles de depresión	81
tabla estadística 16.- Pruebas de chi cuadrado	83
tabla estadística 17.- ANOVA.....	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

gráfico 1.- Árbol de Problemas.....	6
gráfico 2.- Red de Inclusiones Conceptuales.	15
gráfico 3.- Marco Conceptual de Variable Independiente.	22
gráfico 4.- Marco Conceptual de Variable Dependiente.....	23
gráfico 5.- Primera Fase	101
gráfico 6.- Segunda Fase	102
gráfico 7.- Tercera Fase.....	103
gráfico 8.- Cuarta Fase	103
gráfico 9.- Grado de Autodirección del Grupo.....	104

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

gráfico estadístico 1.- Pronóstico de población para noviembre y diciembre del año 2013.....	57
gráfico estadístico 2.- Familiares Cercanos.....	68
gráfico estadístico 3.- Amigos Íntimos	68
gráfico estadístico 4.- Total del tamaño de la red.....	69
gráfico estadístico 5.- Interacción Social Positiva.....	71
gráfico estadístico 6.- Apoyo Instrumental	72
gráfico estadístico 7.- Apoyo Afectivo	74
gráfico estadístico 8.- Apoyo Emocional/Informativo	76
gráfico estadístico 9.- Apoyo Social	78

gráfico estadístico 10.- Nivel de Depresión	80
gráfico estadístico 11.- Nivel de Depresión y Apoyo Social	82

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER
Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA
SOLCA-TUNGURAHUA, EN EL PERIODO 2013.”**

Autora: Chérrez Gavilanes, Alejandra Patricia

Tutora: Psc. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Fecha: Febrero 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua. El estudio se centra en la influencia entre “apoyo social percibido” y “depresión” en los pacientes adultos con cáncer de dicha Intitución.

Se ha tratado el tema desde el punto de vista de la psicología comunitaria.

Los datos fueron obtenidos mediante el inventario de depresión de Beck (BDI) versión breve y el cuestionario MOS-SSS (Social Support Survey), mismos que fueron procesados estadísticamente; interpretados y analizados, dando resultados de correlación positiva.

Por último se presenta una propuesta de solución, la cual es la creación de grupos de apoyo, mismos que se han planteado ser desarrollados siguiendo los criterios de la psicología comunitaria con un enfoque gestáltico.

PALABRAS CLAVE: APOYO SOCIAL, DEPRESIÓN, CÁNCER.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS WITH CANCER AND ITS
INFLUENCE ON DEPRESSION IN ONCOLOGY UNIT - TUNGURAHUA
SOLCA IN THE PERIOD 2013. ”**

Author: Chérrez Gavilanes, Alejandra Patricia

Tutor: Psc. Betancourt Ulloa, Nancy del Carmen

Date: February 2014

ABSTRACT

This research work was conducted in the Oncology Unit SOLCA Tungurahua. The study focuses on the influence between " perceived social support " and " depression " in adult patients with cancer of the Institution.

Has addressed the issue from the point of view of community psychology.

Data were obtained using the Beck Depression Inventory (BDI) and the short version questionnaire MOS -SSS (Social Support Survey), they were statistically processed, interpreted and analyzed in the search results giving positive correlation.

Finally a proposed solution, which is the creation of support groups, they have been raised to be developed following the criteria of community psychology with a gestalt approach is presented.

KEYWORDS: SOCIAL SUPPORT, DEPRESSION, CANCER.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que aqueja no solo a la salud física de quien lo padece, sino además atañe su esfera mental y social. Dentro de los trastornos psicológicos más estudiados sobre esta población la depresión ocupa un puesto importante por la cantidad significativa de personas afectadas con este trastorno que deben afrontar un sinnúmero de cambios y pérdidas que experimentan desde e incluso en algunos casos antes del diagnóstico de la enfermedad.

A pesar de que hay personas que han superado el cáncer es evidente que no existe un antídoto para este padecimiento, razón por la cual para mejorar la salud mental del paciente oncológico no se busca erradicar esta variable, antes si, se puede trabajar con otras variables.

En esta investigación se ha indagado precisamente la influencia del medio sobre el bienestar mental del individuo, específicamente el apoyo social, entendido éste como una serie de recursos con funciones emocionales, afectivas, informacionales o materiales, proporcionados por la comunidad especialmente por familiares y su influencia en la depresión en el paciente con cáncer.

Para el estudio de la relación entre estas dos variables se ha realizado una investigación con una muestra de 112 pacientes con cáncer en la unidad oncológica SOLCA-Tungurahua en el período 2013 midiendo cada variable, y aplicando la fórmula chi-cuadrado y arrojando finalmente una propuesta de solución la cual según los resultados obtenidos se ha considerado la más adecuada para el problema estudiado.

CAPÍTULO I.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema de investigación.

Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la Unidad Oncológica SOLCA-Tungurahua, en el periodo 2013.

1.2 Planteamiento del problema.

1.2.1 Contextualización.

“El cáncer ha existido siempre y en todas partes del mundo. Momias peruanas y diferentes huesos fosilizados en África, que datan de hace 5 000 a 6 000 años, presentan huellas de cáncer”. (Cavalli, 2012).

En este momento al igual que otras enfermedades crónicas el aumento previsto “es atribuible al envejecimiento de la población y a los comportamientos y elecciones poco saludables que hacen los individuos y las comunidades” (Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Estadounidense de Investigación sobre el Cáncer., 2007). La OMS indica que “es una de las principales causas de muerte en todo el mundo” (2013)

Sin embargo Juan A. Cruzado, profesor titular de Psicología de la Salud del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid y director del Máster en Psicooncología en esa misma universidad comenta que aunque “la mayor parte de las personas parten de la creencia de que su diagnóstico está asociado al dolor, al sufrimiento y a la muerte. En la actualidad, ésta no es una perspectiva realista, ya que el 50% de los casos de cáncer se curan y el 35% suponen el mantenimiento de una condición crónica” (Infocop, 2011)

En cuanto a la depresión la Organización Mundial de la Salud indicó en el año 2012 que 350 millones de personas padecen esta enfermedad a nivel mundial (OMS, 2012).

El apoyo a pacientes con cáncer por parte de sus allegados y de su comunidad no siempre es adecuado. Al respecto se opina: a menudo, familiares y amigos tienden a distanciarse del paciente al verse enfrentados a su propia impotencia e incapacidad para ayudar al enfermo.” (Fundación Grünenthal, 2006)

De acuerdo a la OPS el cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas. En el 2008, causó 1,2 millones de muertes, un 45% de las cuales ocurrieron en América Latina y el Caribe (OPS, 2013).

Con respecto a la depresión, esta misma organización indica que un 5% de los adultos en América Latina y en el Caribe sufren de ella (OPS, 2012).

Con relación al apoyo familiar, en un estudio realizado en México, en un hospital de Coatzacoalcos en pacientes con una media de edad de 48 años se pudo apreciar que el apoyo familiar en los pacientes fue muy bueno en un 57% y que la dimensión de apoyo que mejor nivel tuvo fue la instrumental “ya que el familiar se ocupa de proporcionar todas las cosas materiales sin tomar en cuenta los sentimientos y emociones del enfermo” (Guillen & Esperanza, 2010)

En 2009, la última cifra del (RNT) Registro Nacional de Tumores de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) indica que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer (Vistazo, 2009), no obstante según señala en su página web la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua las tasas de supervivencia al cáncer han mejorado en los últimos años. Una mayor concienciación de la población ha dado como resultado que cada vez más personas se sometan a estudios de detección precoz del cáncer y que adopten estilos de vida más saludables para reducir sus riesgos (Dr. Julio Enrique Paredes C." - Unidad Oncológica Solca Tungurahua, 2010). Específicamente, en el caso del cáncer de mama en el 2012 la doctora Patricia Cueva,

directora del RNT, sostuvo que un 70% de mujeres sobrevive en SOLCA al cáncer de mama tras un examen a los cinco años (El comercio.com, 2012).

Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública indicó que en el 2012 se registraron 25074 casos de depresión (Ministerio de Salud Pública , 2012).

En el Hospital Provincial Docente Ambato según el Departamento de Estadística y Registros Médicos, el año 2012 se atendieron 394 pacientes en el área de psicología y 236 pacientes en el área de psiquiatría con este trastorno.

En la Unidad Oncológica “SOLCA” Tungurahua, María Verónica Paredes realizó un estudio en el periodo septiembre-diciembre 2010 concluyendo que el 100% de los pacientes con cáncer internados en SOLCA que reciben tratamiento presentan un trastorno depresivo, de los cuales el 20% presenta un trastorno depresivo mayor y el 80% un trastorno depresivo menor (2010).

En relación al apoyo social no se conoce acerca de investigaciones previas en pacientes con cáncer en el Ecuador, sin embargo se puede observar que dentro de las distintas unidades de SOLCA existe el servicio de trabajo social y grupos de voluntariado, en el que el primero entre sus múltiples funciones elabora informes sociales con el fin de conseguir ayuda para pacientes de escasos recursos y el segundo “responde a la filosofía de solidaridad, amor y apoyo emocional y económico” como manifiesta el Voluntariado del Hospital Oncológico "Solón Espinosa Ayala" SOLCA, Núcleo de Quito y como ocurre en el resto del país (2008).

Además SOLCA ofrece servicio de psiquiatría para pacientes hospitalizados en las ciudades de Quito y Guayaquil (IESM; OMS, 2008)

Igualmente el Ministerio de Salud Pública, firmó en Septiembre del 2011 un convenio interinstitucional, para la atención en los 6 núcleos de SOLCA a nivel nacional, de personas que padecen cáncer y que acuden a las unidades de salud del MSP. En caso de que sea necesaria la transferencia a SOLCA para algún tipo de tratamiento, este acuerdo contempla la atención gratuita del paciente, la misma que

será asumida por el Estado Ecuatoriano, ampliando de esta manera la cobertura previa en la que solamente se contemplaba la atención de los pacientes beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano, referidos desde el programa de Protección Social (PPS) (2012).

Particularmente, el voluntariado del Hospital Oncológico “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua realiza actividades de apoyo muy importantes, entre ellas resaltan: entrega diaria de refrigerios (300), solventar gastos a pacientes de muy escasos recursos, entrega gratuita de medicamentos a pacientes de consulta y de hospitalización que lo requieren, atención espiritual a pacientes hospitalizados, en donde participan un grupo de señoras voluntarias y ministras de la comunión. Provisión de ayuda psicológica a pacientes hospitalizados y que reciben quimioterapias a través de la colaboración de un psicólogo especializado, doctor Geovanni Lascano, quien ayuda a sus pacientes a través de consultas (Voluntariado de SOLCA, 2011). Cabe indicar que no existe un departamento psicológico dentro de la institución que brinde ayuda permanente y no se conoce acerca del apoyo informal (de parte de familia, amigos, compañeros y vecinos) que reciben los pacientes.

Árbol de Problemas

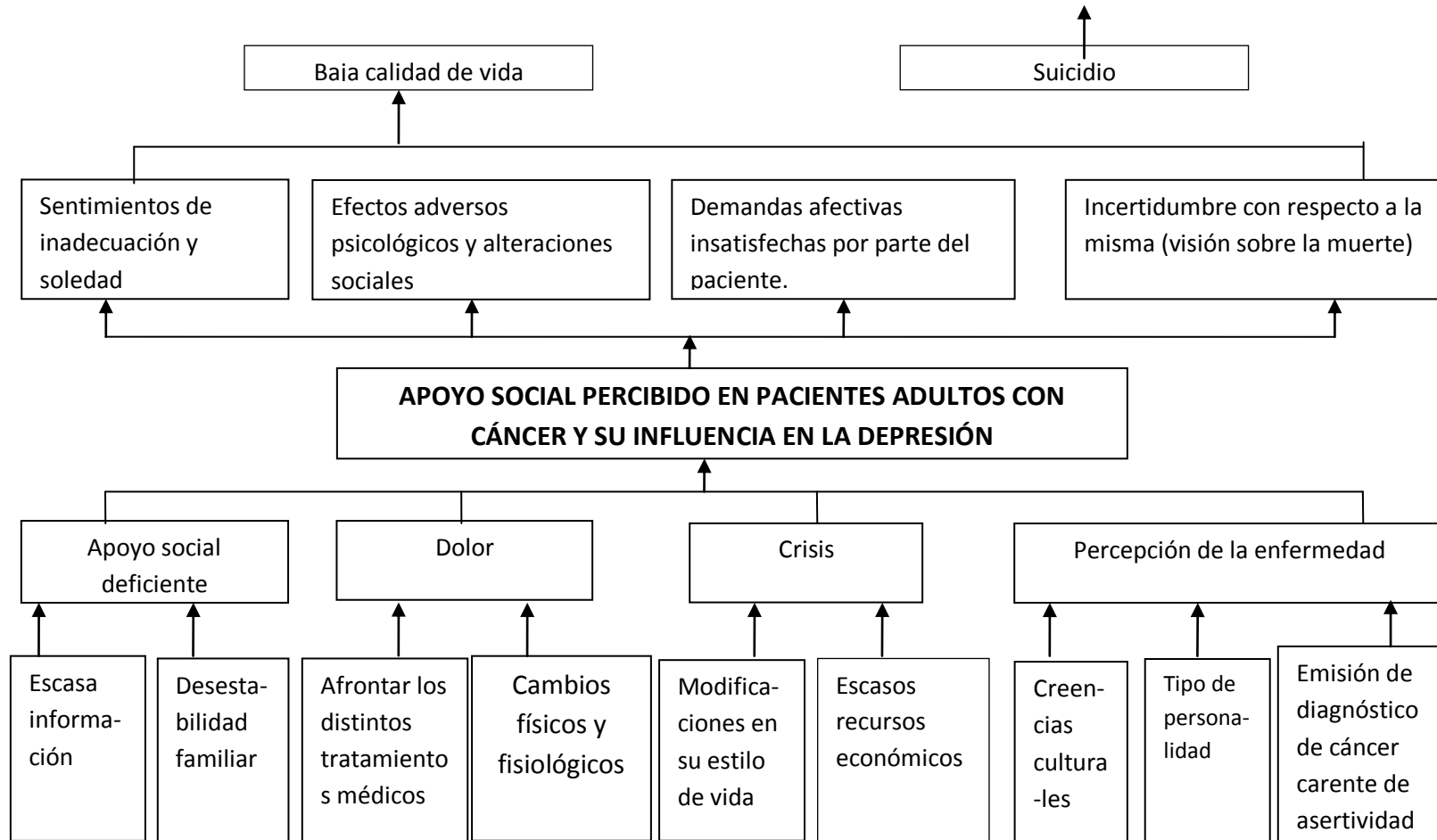


GRÁFICO 1.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

1.2.2 Análisis crítico.

La depresión es un problema multifactorial, a más de los elementos fisiológicos que intervienen se vincula a este trastorno la historia de vida del paciente, junto con su historia familiar, consumo de sustancias, tipo de personalidad del sujeto, entre otros. Específicamente, en el paciente con cáncer a estos factores se añade el tener que enfrentar la enfermedad (gastos médicos, el dolor que provocan tanto los tratamientos médicos como la enfermedad en sí y cambios tanto físicos como psicológicos y sociales). Estos cambios alteran el estilo de vida del paciente así como su rol social y familiar, precipitando en él una serie de interrogantes con respecto a la enfermedad, a su presente y a su futuro.

Hasta cierto punto se puede considerar esta crisis como normal, sin embargo toda crisis presenta dos caras, puede ser tomada como una oportunidad para movilizarse y adaptarse a estos cambios o como una amenaza lo que conduce a estancarse y caer en depresión, trastornos adaptativos, ansiedad, consumo de sustancias, etc. Es por esta razón, la cual atañe la calidad de vida del paciente con cáncer, que se debe poner a prueba no solo la adaptación del individuo que padece esta enfermedad, sino también de su círculo social, principalmente de la familia. Lamentablemente, la familia también atraviesa etapas de dolor y crisis por lo cual, no siempre, el apoyo que pueden proporcionar al paciente va a resultar adecuado o útil.

Son varios factores que influyen en la presencia de depresión en la población oncológica, no todos ellos son modificables. No obstante la interacción entre redes sociales puede mejorar, haciendo de este un factor que evite o amortigüe la depresión en lugar de ser un generador o mantenedor de este trastorno.

1.2.3 Prognosis.

De no resolverse esta problemática, el paciente con cáncer que cuente con un escaso o deficiente apoyo social no podrá exteriorizar sus miedos y dudas, se sentirá aislado, poco querido y estimado, inseguro con respecto al entorno, así mismo y a su enfermedad, haciéndose notable una baja calidad de vida e influyendo de esta forma

en que los estados depresivos se vean agudizados, evidenciándose así su humor deprimido, anhedonia y deterioro clínico, personal y social, por consiguiente dicho paciente no podrá sobrellevar la crisis que sucede al diagnóstico de cáncer y en casos extremos dicha situación conllevará al suicidio del sujeto que lo presenta.

1.2.4 Formulación del objeto de investigación.

¿Cómo influye la percepción de apoyo social en la depresión de pacientes adultos con cáncer de Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua?

1.2.5 Preguntas directrices.

¿Cómo influye la percepción de apoyo social en la depresión en pacientes con cáncer?

¿Cuál es el tipo de apoyo social principalmente percibido?

¿Cuáles son los niveles de depresión en la población oncológica?

¿Qué solución sería la más acertada para la problemática planteada “apoyo social y su influencia en la depresión en pacientes con cáncer”?

1.2.6 Delimitación del problema.

De contenido:

Campo: Psicológico

Área: Apoyo social

Aspecto: Depresión en pacientes con cáncer

Espacial: La investigación se llevara a cabo en pacientes de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua

Temporal: Se realiza en el periodo febrero 2013 – agosto 2013.

1.3 Justificación.

En la actualidad debido a los avances científicos y tecnológicos el paciente con cáncer no está sentenciado a muerte, un tratamiento oportuno prolonga la vida del mismo, de tal manera es necesario trabajar por mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer. El estado anímico cobra un valor significativo para el enfermo, dependiendo de este el paciente responderá de manera positiva o negativa a su enfermedad, no solo con respecto a su actitud, también a nivel biológico dentro del sistema inmunológico. La población oncológica por los múltiples cambios en su vida es susceptible a trastornos psicológicos, siendo la depresión uno de estos con más alto porcentaje, por tanto el presente trabajo investigativo merece ser estudiado pues es una población ávida en atención en el área de salud mental

Debido a que en pacientes con cáncer se busca potencializar los recursos disponibles y estimular los no existentes o debilitados, este trabajo busca evaluar el apoyo social en dichos pacientes e indagar el engranaje existente entre esta variable y la depresión contemplado así un panorama más amplio, no solo centrado en el individuo sino en la influencia de su comunidad. Se busca dicho análisis de manera científica dejando a un lado ideas vagas, para que de esta forma posteriormente se plantee una solución acertada, la cual no solo abarque el tratamiento con dichos casos sino también para que se realice y ejecute un proyecto informativo para prevenir o atenuar trastornos depresivos. A su vez esta investigación está encaminada a sentar un precedente en el estudio psicológico de pacientes con cáncer dentro de esta institución.

Es novedoso para la institución pues en la misma no se han hecho estudios similares que se centren en la influencia del medio sobre el estado mental del paciente oncológico. De igual forma, es atractivo para familiares de pacientes con cáncer, así como para profesionales que mantienen contacto con esta población.

El estudio es factible ya que la Institución se presta a dicha investigación y colabora en el desarrollo a través de su Servicio de Investigación y Docencia.

Igualmente las distintas variables cuentan con test validados y adaptados a nuestro medio para su exploración.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

Determinar la influencia del apoyo social sobre la depresión en pacientes adultos con cáncer de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.

1.4.2 Objetivos Específicos.

Identificar los niveles y tipos de apoyo social percibidos en pacientes con cáncer.

Investigar los grados de depresión existentes en los pacientes de la Unidad Oncológica de Tungurahua.

Analizar alternativas de solución al problema planteado acerca de la percepción de apoyo social y su influencia en la depresión en pacientes adultos con cáncer.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos.

Paredes, María Verónica (2010) realizó una investigación en pacientes internos en SOLCA de la ciudad de Ambato con el tema “EL TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER Y LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS” concluyendo que:

“El 100% de los pacientes con cáncer internos en SOLCA que reciben tratamiento presentan un trastorno depresivo. El 20% de pacientes con cáncer internos en SOLCA presentan un trastorno depresivo mayor. El 80% de los pacientes con cáncer hospitalizados en SOLCA presentan un trastorno depresivo menor” (Paredes, 2010)

Guillen Aguirre, Nallely y Osorio Cruz, Esperanza (Marzo 2010) “APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON CÁNCER” Universidad Veracruzana Marzo 2010

“De acuerdo a la edad se encontró que la tercera parte de la población se encuentra en el rango de 40-50, la media de edad fue de 48 años; el género que prevaleció fue el femenino, el diagnóstico que predominó más fue el CACU (cáncer cérvico uterino); más de la mitad de la muestra tiene baja escolaridad, más de la mitad no tiene pareja, la ocupación que más supeditó fue ama de casa y la mayoría profesa la religión católica.

En relación al apoyo familiar se encontró que más de la mitad la población lo percibe muy bueno y solo una cuarta parte regular; en cuanto a las tres dimensiones que conforman el apoyo familiar el que tuvo mejor nivel fue el instrumental ya que más de la mitad de la población lo percibe muy bueno, seguido del afectivo que más de dos terceras partes lo percibe bueno sin embargo el apoyo emocional solo más de una tercera parte de la población lo percibe bueno y una cuarta parte de ella lo percibe malo.

Por lo que inferimos que el apoyo que se le da al paciente con cáncer es en gran parte ayuda económica, al igual que compañía, pero sin involucrarse con los sentimientos y emociones del enfermo.

En las fuentes de apoyo sobresalen las hijas e hijos con más de dos quintas partes, seguida de los parientes con acrecentamiento de una cuarta parte cabe destacar que existe un aumento de dos cuartas partes que tiene pareja, menos de una quinta parte de estas proporcionan el apoyo.” (Guillen & Osorio, 2010)

Díaz, Gloria y Yaringaño, Juan (2010) en su investigación “CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS” concluyen que:

“De acuerdo con los resultados existe relación estadísticamente significativa entre el Clima Social Familiar y el Afrontamiento al Estrés.

Los pacientes oncológicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, presentan en general un nivel Medio (Estable) en clima familiar, y en el caso del afrontamiento al estrés el promedio hace referencia a un afrontamiento positivo.

Existe relación significativa entre clima familiar y el afrontamiento positivo; se observa una relación significativa entre las dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad del clima social familiar con el Afrontamiento Positivo al estrés.” (Díaz & Juan, 2010)

MSc. Castillo Díaz, Zeida; MSc. Dra. Gómez Delgado, Ileana; Dra. C. Guerra Morales, Viviany MSc. Dra. Navarro Otero, Maira C. en su trabajo “EL APOYO FAMILIAR Y LA AUTOVALORACIÓN EN LA SOBREVIVENCIA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA”

“En las mujeres con más de cinco años de habersele practicado la mastectomía, predominó la autovaloración inadecuada por exceso, con una autoestima alta.

La mujer mastectomizada sufre un cambio en su autoimagen que amerita una atención más sistemática por parte de la familia y, fundamentalmente, de la pareja; sin duda, el matrimonio funciona como un factor protector de confianza, seguridad y satisfacción sexual y contribuye a la protección y el crecimiento de la autoestima, categoría dinámica que se crea desde lo intra- hasta lo interpsicológico y viceversa.

(...) Aunque la depresión no constituye un síntoma apreciable en el análisis cualitativo analizado, se considera que en las mujeres que la manifiestan puede estar asociada a sentimientos de tristeza situacional, pesimismo ante algunas circunstancias, lo que es normal ante una enfermedad amenazante como el cáncer. La larga sobrevivida observada en esta muestra es un factor positivo contra la depresión, además de que la enfermedad ya no está activa en la mayor parte de las pacientes estudiadas.”

2.2 Fundamentación Filosófica.

El paradigma epistemológico de la presente investigación es de tipo crítico-propositivo, pues al ser un trabajo social busca la comprensión de las dos variables antes expuestas (depresión y apoyo social) cuestionando las distintas formas de relación entre el individuo y su comunidad y la manera en que este puede beneficiarse al integrarla. Busca dar una solución al problema y ser de aporte para la sociedad y comunidad científica. A nivel ético está basada en propender el bienestar del ser humano y por consiguiente de la familia y la comunidad, para lo cual tiene presente respetar los derechos y necesidades de los investigados en cada instante de la investigación, es decir, selección del tema, planteamiento, desarrollo y su posterior publicación. La investigación estará regida en ciertos planteamientos propuestos por el código de Nuremberg en la cual se postulan los criterios básicos para la investigación con seres humanos. Estos es, considerar el valor humano de cada sujeto investigado, cumplir con los requisitos de consentimiento informado (las personas que participen como sujetos en una investigación deben hacerlo de manera voluntaria; deben tener la capacidad legal para decidir su participación; deben recibir completa información acerca de la investigación de la que participan y dicha información debe serles presentada en un lenguaje que les resulte comprensible.)

Además se realizará bajo el método hipotético deductivo, debido a que trata de describir los aspectos más relevantes de la realidad a partir de su observación y medición, emitiendo una serie de enunciados para la misma y a su vez elaborando una causa para este hecho, la cual será comprobada y explicada.

2.3 Fundamentación legal.

“No existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de los ecuatorianos.”

Sección Segunda

Salud

Art. 359.-El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Derechos de libertad

Art. 67.-Se reconoce y garantizará a las personas:

2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios

3. El derecho a la integridad personal, que incluye:

a. La integridad física, psíquica, moral y sexual.

(Asamblea Constituyente, 2008)

2.4 Categorías Fundamentales.

**RED DE INCLUSIONES
CONCEPTUALES**

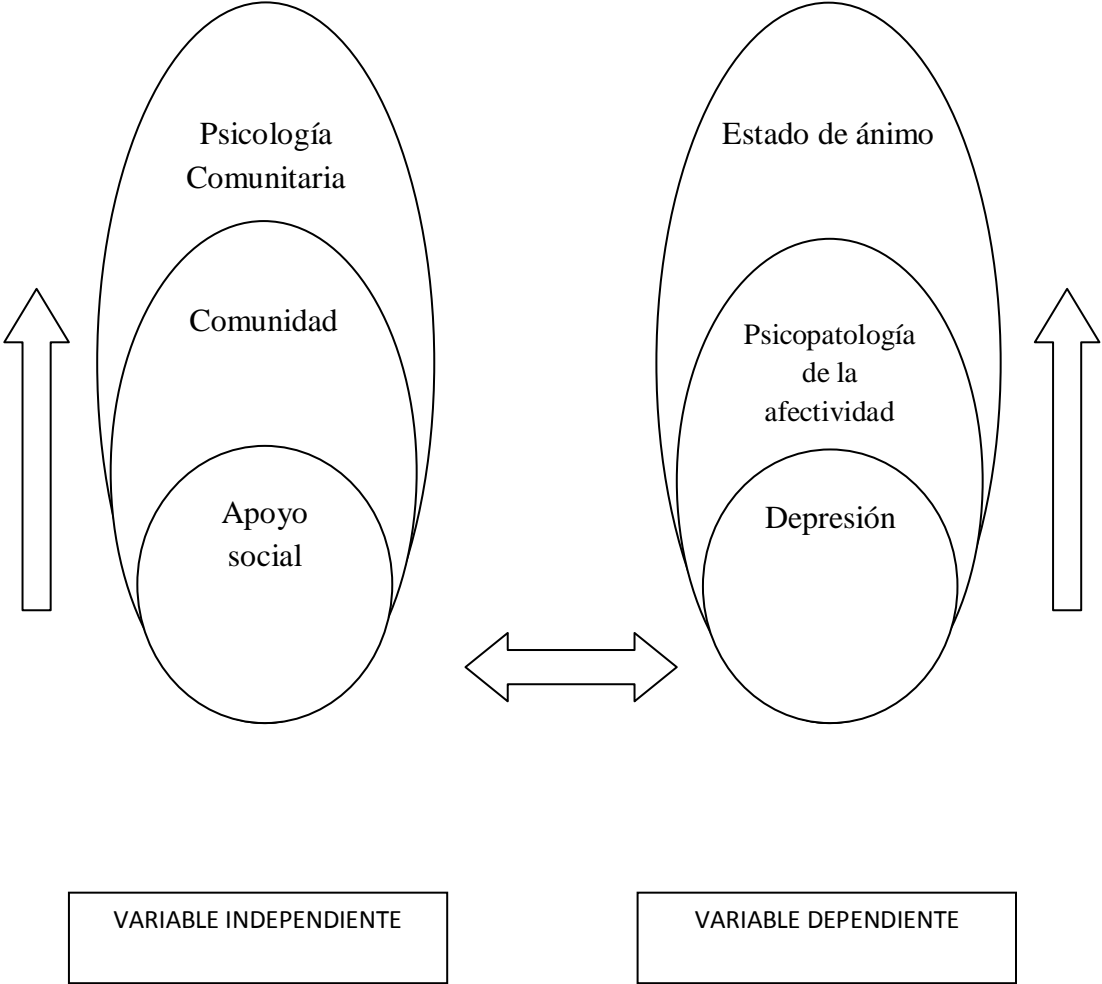


GRÁFICO 2. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

2.4.1 Variable independiente: Apoyo Social.

2.4.1.1 Psicología comunitaria.

La psicología comunitaria estudia la salud, apostando por un concepto integral que englobe tanto lo fisiológico como lo psicológico y lo social.

Es una disciplina que trata de analizar e intervenir en los contextos en los que se desarrolla la persona, intentando comprender cómo percibe ésta los contextos y tratando de identificar recursos, tanto de la propia persona como de los contextos en los que interacciona, con el objeto de potenciar su desarrollo. Esta más centrada en desarrollar recursos o potencialidades que en subsanar déficits. (Musitu, Herrero, Leonor, & Montenegro, 2004)

Según Musitu et al. (2004) existe dificultad para dar una definición de Psicología Comunitaria, pues esta surge a partir de las demandas y déficits específicos de una realidad social, política y cultural concreta que impregna todos sus espacios teóricos, metodológicos, de intervención y, obviamente, ideológicos. Podría concebirse metafóricamente como "cuasi camaleónica", en el sentido de que se adapta y se transforma en función de la realidad sociopolítica. Sin embargo existen elementos generales que se pueden articular en los distintos contextos sociales.

Así, Musitu et al. señalan ciertos **supuestos teóricos**, estos son:

- Aunque la Psicología comunitaria centra gran parte de sus esfuerzos en identificar elementos del ambiente con efectos sobre el comportamiento de la persona, no olvida otros factores que pueden influir en dicho comportamiento como factores personales.
- El entorno social no es algo necesario o únicamente negativo y fuente de problemas y conflictos para individuos y grupos, sino también fuente de recursos y potencialidades positivas.
- Una premisa fundamental de la orientación comunitaria consiste en señalar las características y procesos de los sistemas sociales como uno de los factores que

explican los problemas de salud mental, evitando de esta manera vincular estos problemas exclusivamente a la naturaleza del individuo.

- La prevención se relaciona directamente con la potenciación o desarrollo comunitario.
- Mantiene que, aunque intereses individuales, grupales y sociales puedan entrar en conflicto, siempre existen vías de negociación que permiten restablecer el equilibrio (participación, el consenso, el pensamiento crítico, el respeto a la diversidad, la tolerancia, etc.)
- El rediseño del entorno y el cambio social producen un efecto significativo en la reducción de las disfunciones psicosociales de los individuos y grupos, en tanto que la no-modificación de esos entornos mantendría esas disfunciones.
- En concordancia con los supuestos anteriores, se considera que los desajustes personales tienen una correlación con los desequilibrios del entorno.
- Por tanto, la mejora de la situación personal pasa también por la modificación de los entornos.
- Una de las principales características que definen el ajuste de la persona a su entorno es la percepción de sentimiento de comunidad, un estado psicológico que, no obstante, está fuertemente vinculado a procesos participativos democráticos, en el sentido de capacidad para expresar las opiniones, apertura hacia los otros, vías de comunicación, etc.

2.4.1.2 Comunidad.

“La comunidad es entendida como un espacio de relaciones sociales de apoyo y, además, como unidad en la cual se desarrolla el trabajo o acción comunitaria, entendida como conjunto de actividades que se llevan a cabo para la mejora de las condiciones de vida de las personas.” (Montenegro, 2004)

Según Montenegro 2004 en una comunidad las personas “se sienten unidas por lazos invisibles que permiten ciertas relaciones sociales; siempre; tomando en cuenta que dichas agrupaciones se encuentran y se relacionan con otras comunidades, grupos e instituciones de sus respectivos contextos sociales.”

Anteriormente se consideraba a la comunidad únicamente como el ámbito geográfico (barrio o zona) en el que vive un grupo de personas y en el que se comparten ciertos problemas y se desarrollan diferentes relaciones (vecinos, amigos, familiares, entre otras).

Actualmente se toma también en cuenta los factores psicosociales involucrados en estas agrupaciones humanas (factores intersubjetivos, de memoria histórica y formas de vida que caracterizaban a dichas comunidades).

El concepto de comunidad hace alusión a agrupaciones de personas que comparten características en común y que desarrollan diferentes tipos de prácticas conjuntamente. Naciendo así un nosotros en contraste con un otros (quienes no forman parte de la comunidad). Dando paso a procesos de categorización social donde cada grupo se define como semejante a los elementos presentes en el endogrupo y diferente a los del exogrupo.

Maritza Montero, en 1998, acuñó una definición concreta de comunidad diferenciándola de otros grupos sociales. Así pues, la comunidad:

"Se trata de un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines."

Características

Descritas por Maritza Montero. Es importante indicar que no deben cumplirse necesariamente todas al mismo tiempo para que una comunidad sea definida como tal.

- Ocupación específica de un área geográfica que muchas veces da su nombre a la comunidad.
- Frecuencia y habitualidad en las relaciones sociales.

- Se comparten ventajas y beneficios, así como también objetivos, necesidades y problemas, por el hecho de que sus miembros están inmersos en determinadas situaciones sociales, históricas, culturales y económicas.
- Presencia de alguna forma de organización, que conduce a modos de acción colectiva para alcanzar algunos fines.
- Identidad y sentimiento de pertenencia en las personas que la integran y que contribuyen a desarrollar un sentido de comunidad.
- Carácter histórico y dinámico.
- Nivel de integración mucho más concreto que el de otras representaciones colectivas como la clase social, región, denominación religiosa o la nación, y a su vez más extensa que un grupo primario.
- Existencia de una cultura compartida, así como de habilidades y recursos que son derivados, a la vez que generadores, de esa cultura.

Sin embargo la comunidad, no debe ser comprendida como un círculo cerrado con límites establecidos claramente e intereses iguales entre todos sus miembros. Sino como una unidad heterogénea en la que existen diferencias, relaciones de amistad o familiares pero también de enemistad, intereses en conflicto sobre los cuales muchas veces es necesario negociar para lograr acciones conjuntas, entre otros. Estas diferencias, justamente, proporcionan una riqueza para las relaciones sociales y el trabajo en grupo dentro de las comunidades.

Por todo ello, la comunidad y sus límites se definen y redefinen continuamente en situaciones específicas, como localización de significados contradictorios, competentes y con límites imprecisos.

2.4.1.3 Apoyo Social.

Según Schwarzer y Leppin el apoyo social hace referencia a la función y calidad de las relaciones sociales, tales como percepción de disponibilidad en caso de necesidad o el apoyo real recibido (citado por Varela Montero, 2011)

2.4.2 Variable dependiente: Depresión.

2.4.2.1 Estado de ánimo

O humor, “corresponde a un estado afectivo de duración más prolongada y no necesariamente de carácter reactivo, más estable y persistente que el resto de afectos” (Segarra & Eguiluz, 2004)

Jacobson (como se cita en Segarra & Eguiluz, 2004) lo define como “una fijación y generalización temporal de los afectos en el mundo total de las relaciones objetales internalizadas (...) un estado emocional que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente, es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, la conducta, la actividad psicomotora, las manifestaciones somáticas y en la manera como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente”

Según Segarra y Eguiluz (2004) la diferencia fundamental entre humor normal y patológico se basa en que este último provoca un sufrimiento vital en el sujeto que lo padece o en quienes lo rodean, impidiendo el correcto funcionamiento personal dentro de la colectividad.

2.4.2.2 Trastornos del estado de ánimo, afectivos o del humor.

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.. (Organización Mundial de la Salud Ginebra, 1992)

2.4.2.3 Depresión

En su Carta Fundacional, la Organización Mundial de la Salud define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social. En este contexto extensible a

la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor y un proceso social que supone una invalidez. (citado por García Vega, 2010)

2.5 Marco Conceptual

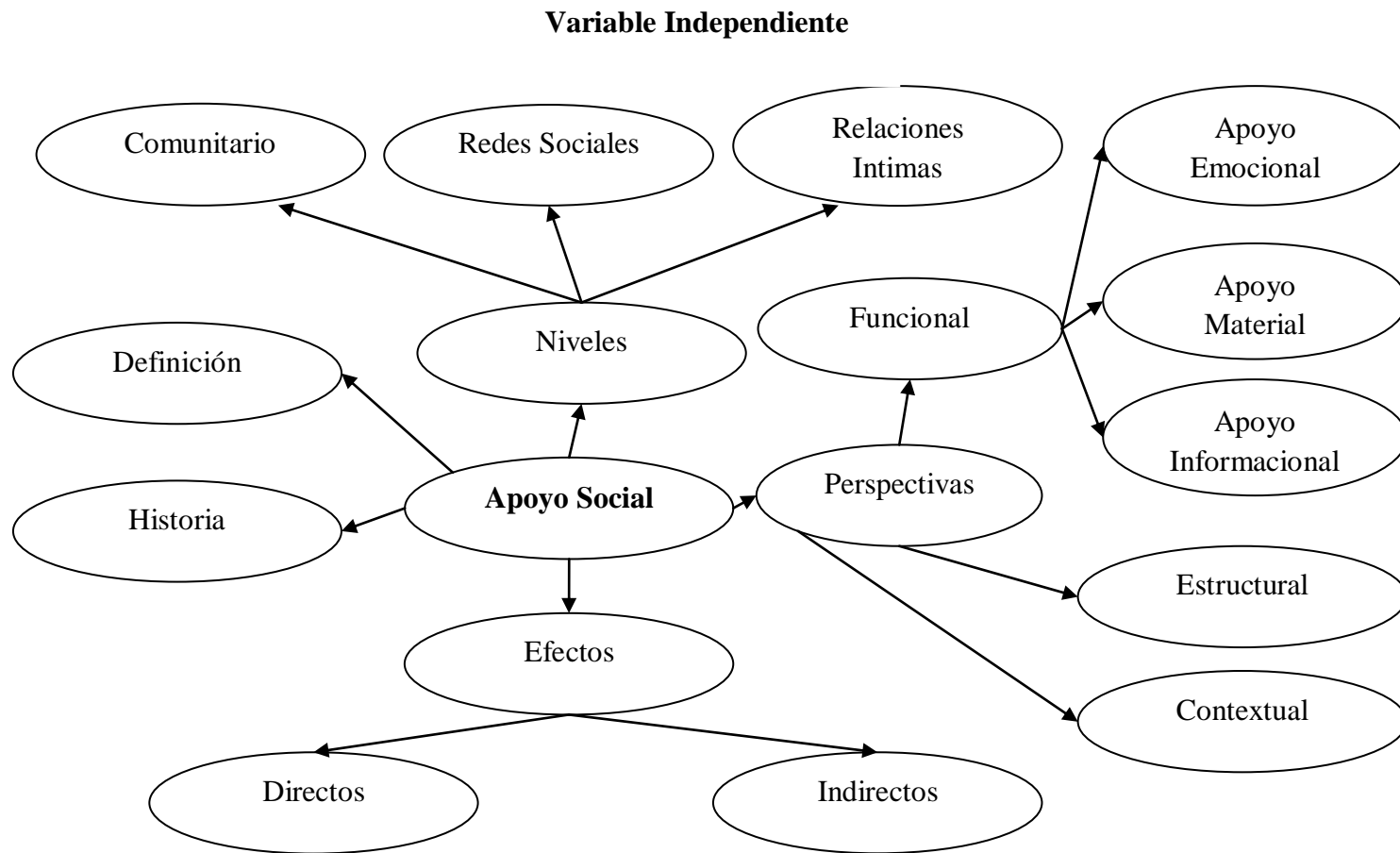


GRÁFICO 3.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Variable Dependiente

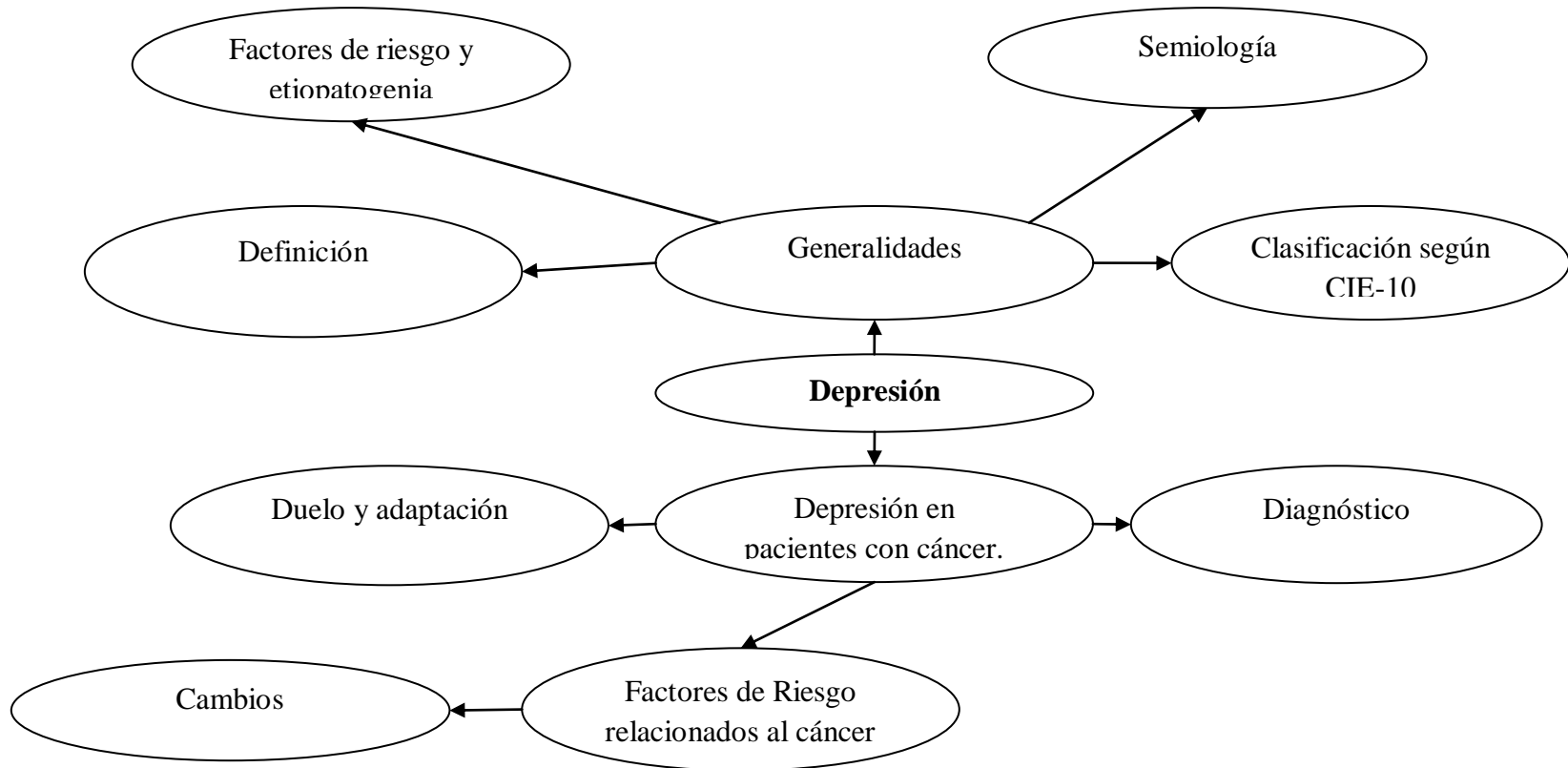


GRÁFICO 4. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

2.5.1 Variable: Apoyo Social.

2.5.1.1 Historia.

Herrero (2004) refiere la historia de apoyo social desde disciplinas diferentes. Así, los estudios epidemiológicos fueron llevados a cabo fundamentalmente por sociólogos y antropólogos, las investigaciones sobre el estrés por médicos y psicólogos y los programas de salud comunitaria fueron en gran parte el resultado de la práctica diaria de los profesionales de la salud mental.

Estudios epidemiológicos

Numerosos científicos sociales consideran que el accidente que nos ha llevado a descubrir que vivimos inmersos en un mundo de relaciones de apoyo sucede en las transformaciones derivadas de la Revolución Industrial del siglo XIX en entornos urbanos cada vez más hostiles y con mayor nivel de anonimato, una transformación en los modos de relación y en el mantenimiento de las tradiciones, la aparición de grandes movimientos políticos y sociales, etc.

El primer gran trabajo científico sobre la influencia de determinados lazos sociales en el bienestar psicológico se lo debemos a Durkheim a finales del siglo XIX, en su obra *El suicidio* menciona que las causas de éste se pueden encontrar analizando el grado de desintegración social del suicida.

“Durkheim mantiene que la pérdida o ausencia de determinados lazos sociales - fundamentalmente las relaciones íntimas y de confianza- sitúa al individuo en situación de anomia (ausencia de normas o restricciones sociales), lo que, a su vez, puede estar en la base de un profundo sentimiento de desarraigo o desintegración social. En casos extremos, esto podría llevar al suicidio.”

Las investigaciones sobre el estrés

Las investigaciones sobre el estrés abrieron el camino para vincular las condiciones ambientales al estado psicológico de la persona. Ya establecida esta vía, no fue muy difícil identificar qué otras circunstancias ambientales podrían ayudar a superar las situaciones que implicaban estrés

Hans Selye (quien a mediados de los años cincuenta popularizó el término estrés fuera del campo físico en su libro *Stress of Life*) defendió la idea de que determinadas circunstancias ambientales podían llegar a generar cambios fisiológicos en el organismo, y que estos cambios se producían de acuerdo con un mecanismo que denominó síndrome general de adaptación. Este síndrome se da en tres fases (alarma, resistencia y agotamiento) que se inicia ante un estresor y que desencadena cambios neuroendocrinos en el organismo, pudiendo llevar a la aparición de enfermedad.

Lazarus (1966) habla acerca de “la hipótesis de la valoración” y establece una diferenciación entre percibir una situación como amenaza y percibir algo como estresante. Así, en la valoración primaria la persona entiende la situación como una amenaza, un riesgo o una pérdida que se ha producido. En la segunda valoración la persona realiza un balance entre los recursos con los que cuenta y las exigencias de la situación y, en el caso de que descubra que no tiene cómo afrontarla, se desencadenaría el estrés.

Programas de salud comunitaria

A mediados de los años sesenta en Estados Unidos profesionales de la salud que trabajaban en centros psiquiátricos comenzaron a preguntarse por qué pacientes que habían sido dados de alta volvían. Observaron entonces que las comunidades integradas, en las que había redes de relaciones sociales estables caracterizadas por el apoyo, eran los destinos de los pacientes rehabilitados que normalmente no volvían a entrar. Alternativamente, las comunidades desintegradas eran los destinos de los pacientes rehabilitados que tenían mayor probabilidad de regresar.

En esa misma época algunos profesionales investigaban que tipo de psicoterapia era la más eficaz, dejando a un lado los resultados (aún muy discutidos) se dio un descubrimiento importante el 70 de los pacientes que habían solicitado terapia y no habían sido atendidos mostraban remisión espontánea de los síntomas al cabo de seis meses, aunque para aquellos profesionales este hecho pasó por desapercibido, se puede interpretar que el reconocer un problema y solicitar ayuda públicamente moviliza las redes sociales e incrementa automáticamente los procesos de ayuda.

“De alguna manera se reconocía que los sistemas informales de apoyo (aquellos que reflejan la creación de redes de apoyo naturales, no profesionalizadas) podían tener un efecto beneficioso distinto del de la ayuda profesional, o al menos, complementario a la ayuda profesional” (Herrero, 2004)

2.5.1.2 Definición.

A continuación veremos algunas definiciones de distintos autores:

Lin (1986) define el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. (citado por Herrero, 2004)

Felton y Shinn (como cita Barrón, 1996) indican que el concepto de apoyo social es claramente interactivo, que se refiere en cualquier caso a interacciones entre personas

Alfaro explica que el apoyo social, alude a la dimensión perceptiva, cognitiva o representacional de los sujetos, a partir de la inserción en una red de relaciones sociales. [...] cumple funciones afectivas (permite comunicar hechos y sentimientos privados, preocupaciones e intereses compartidos), informacionales (capacidad de dar la oportunidad de aconsejar, guiar y ser guiado), y materiales (permite resolver problemas y satisfacer necesidades). (Alfaro, 2000)

Sistemas de ayuda o apoyo

Según Herrero (2004) se clasifican en: formales e informales.

- **Sistemas formales:** Son los sistemas que dan ayuda profesionalizada instituida por la sociedad. Incluyen la amplia variedad de iniciativas que las instituciones o la sociedad desarrollan para dar cobertura a una diversidad de problemas sociales. Puede ser pública o privada.

- **Sistemas informales:** Son los sistemas que proporcionan ayuda de manera no formalizada o institucionalizada. La familia, las amistades, las asociaciones o los grupos de autoayuda son ejemplos de sistemas informales.

2.5.1.3 Niveles.

La definición anteriormente mencionada de Lin, identifica tres fuentes principales de apoyo, estos niveles de análisis son el comunitario, redes sociales y relaciones íntimas. A continuación se detalla en qué consisten y el efecto que producen sobre el bienestar. Es importante destacar que como dice Barrón “los tres niveles no son independientes, están interconectados, emergiendo de cada nivel superior las relaciones del nivel inferior”

Nivel comunitario

Según Herrero identificarse con los procesos comunitarios puede llevarnos a percibir que mantenemos cierta afinidad con los valores, actitudes y creencias del contexto social más amplio. De ser éste el caso, nuestra participación en diferentes procesos comunitarios (actividades culturales, asociaciones de vecinos, centros de ocio, etc.) se verá reforzada. Lin indica que el efecto que este provoca es el de una sensación de pertenencia a una estructura social amplia (citado por Herrero, 2004)

Nivel de las redes sociales

Estas relaciones rompen de alguna manera con el anonimato, generando vínculos directos. El resultado de este nivel sobre el individuo a criterio de Lin es un sentimiento de vinculación con otras personas (citado por Herrero, 2004)

Nivel de las relaciones íntimas

Herrero menciona que a este nivel corresponden relaciones próximas y de confianza y nos permite establecer vínculos emocionales estables y duraderos. Para Lin el sentimiento que este nivel genera es de compromiso. Este sentimiento lleva a la persona a aceptar una serie de normas de reciprocidad y percibir una preocupación por el bienestar de esas personas próximas. (Citado por Herrero, 2004)

2.5.1.4 Perspectivas de estudio.

Perspectiva funcional

“Se enfatizan los aspectos cualitativos del apoyo y las funciones que éste cumple. Es decir, el interés se centra en los sistemas informales de apoyo. Todos los investigadores coinciden en destacar tres funciones básicas: la provisión de apoyo emocional, material e informacional.” (Alfaro, 2000)

La interacción social positiva involucra la influencia productiva de la relaciones interpersonales sobre el individuo, concretamente poder tener un momento de distracción, esparcimiento y relajación en compañía de otros.

Función de apoyo emocional: “Disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo [...] y que crea que tiene personas a su disposición que pueden proporcionarle cariño y seguridad.” (Barrón, 1996) Algunos autores desglosan de este, el apoyo afectivo, el recurso vendría a ser las manifestaciones de amor y afecto, como es el propio caso de Sherbourne y cols creadores del cuestionario de MOS-SS. Mas sin embargo seria complementario al apoyo emocional al sentir disponibilidad de cariño.

Esta autora señala que se ha hipotetizado el mecanismo por el cual este tipo de apoyo fomenta la salud y el bienestar. En primer lugar a través de su efecto en la autoestima al sentirse aceptado y valorado, de la misma forma al compartir los problemas con los demás y que quizá estos sean relativamente frecuentes en la población, disminuye la gravedad percibida.

Función de apoyo material o instrumental: “Se define como acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas. [...] Se hipotetiza que este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar al disminuir las sobrecargas de las tareas y dejar tiempo libre para actividades de ocio [...] es efectivo solo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada” (Barrón, 1996)

Función de apoyo informacional: “Se refiere al proceso a través del cual las personas reciben informaciones, consejos o guía relevante que les ayuda a comprender su mundo y/o ajustarse a los cambios que existen en él” (Barrón, 1996)

Perspectiva estructural

Se examina el campo social del sujeto y se utilizan los análisis de redes sociales como medida del apoyo. Desde esta corriente, las dimensiones más estudiadas de las redes sociales han sido el tamaño, la densidad, la homogeneidad y la reciprocidad, entre otras. Al parecer, las redes grandes, poco densas, homogéneas y recíprocas tienen mayores efectos positivos sobre el bienestar que aquellas que presentan características inversas. (Alfaro, 2000)

A continuación una breve explicación de cada una de las dimensiones de esta perspectiva.

Tamaño de la red: Según Phillips, 1981, Veiel y cols., 1988, es el número de personas que componen la red, o número de sujetos con quienes mantiene contacto personal el sujeto central. Las redes grandes tienen efectos más beneficiosos que las redes pequeñas. (citado por Barrón, 1996)

Densidad: Las redes densas son aquellas en que los sujetos interactúan frecuentemente. (Alfaro, 2000)

Homogeneidad: son redes en las que hay semejanzas en las características sociodemográficas de los miembros de la red y aseguran principalmente la entrega de apoyo afectivo. (Alfaro, 2000)

Reciprocidad: se refiere a la capacidad de una red de permitir vínculos complementarios e intercambiables, de forma que el intercambio sea recíproco y bidireccional. (Alfaro, 2000)

Perspectiva contextual

Para Cohen y Syme (1985) la perspectiva contextual nos recuerda que un adecuado modelo predictivo de la relación entre apoyo social, salud y bienestar, debe considerar los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es movilizado, aportado o recibido. Por tanto, a la hora de estudiar los efectos del Apoyo Social habría que considerar una serie de aspectos contextuales (citado por Barrón, 1996). Estos aspectos son:

Características de los participantes: “en función de su procedencia de una fuente u otra el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no [...] parece que el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que para tratar problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar [...] para solucionar dificultades relacionadas con el ámbito laboral el apoyo más adecuado es el otorgado por compañeros de trabajo y colegas”

Momento en que se da el apoyo: “el afrontamiento con el estrés es un proceso que puede implicar la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes”

Duración: “La habilidad de los donantes para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial”

Finalidad: “diferentes problemas requerirán distintos tipos de apoyo” (Barrón, 1996)

2.5.1.5 Efectos Del Apoyo Social.

Ensel y Lin (1991) sugieren que los recursos, tanto psicológicos como sociales, pueden evitar el estrés (función preventiva), o bien pueden ayudar a manejar sus consecuencias (afrontamiento).

Las funciones preventivas pueden cumplirlas los recursos de distinta forma: reduciendo el malestar independientemente de otras fuerzas ambientales (modelo independiente), reduciendo la probabilidad de experimentar estresores (modelo de supresión del estrés), o también la ausencia de recursos junto con la aparición de estresores pueden incrementar el malestar (modelo de condicionamiento del estrés)

En cuanto a las funciones de afrontamiento los autores sugieren que los distintos problemas generan ciertas reacciones en los recursos, interactuando ambos de las siguientes formas: puede que la aparición de los estresores provoque un debilitamiento de los recursos (modelo de deterioro); es posible que los estresores, además de un efecto directo sobre el malestar, lo tengan sobre los recursos, es decir, que los movilice (modelo opuesto), o, puede que los estresores solo afecten el bienestar y la salud en ausencia de recursos (modelo protector) (Citado por Barrón, 1996). Se han hipotetizado dos tipos fundamentales de efectos:

EFECTO DIRECTO: Según esta hipótesis, que ha recibido abundante evidencia experimental a su favor, el Apoyo Social fomenta directamente la salud y da bienestar, independientemente del nivel de estrés. A mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independientemente de si la persona está expuesta a estresores o no. (Barrón, 1996; Alfaro, 2000)

Mecanismo

Se han propuesto distintos mecanismos

Así (como cita Barrón, 1996), según Vaux (1988) no serían episodios concretos de apoyo, destinados a resolver problemas los que producen este efecto de bienestar, sino que dependerían más bien de los efectos acumulativos de las interacciones sociales y de la mera existencia de tales relaciones. Gotlieb (1983) propone que las personas con poco apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso a apoyo en caso de necesitarlo. De hecho, la ausencia de apoyo social es en sí misma un estresor.

Thoits (1985) basándose en el Interaccionismo Simbólico, hipotetiza que las relaciones sociales pueden ser beneficiosas de tres maneras:

1. Proporcionando al sujeto un conjunto de identidades. Las interacciones sociales se desarrollan en interacción con los demás, a partir de roles sociales. Estas relaciones de rol a su vez contribuyen al bienestar, ya que dan significado a la vida, previniendo la ansiedad y guiando la conducta.
2. Siendo fuente de autoevaluaciones positivas. Esta evaluación que tiene que ver con el rol genera autoestima.
3. Como base de sensación de control y dominio. La buena actuación en las tareas relacionadas con el rol determina la sensación de dominio o de la autoestima basada en la eficacia. Esto genera sentimientos de placer, satisfacción, orgullo, etc. Estos procesos están mediados por procesos de comparación social

Para Cohen y Syme (1985), estos efectos beneficiosos pueden deberse a la percepción de las personas de que obtendrían ayuda en caso de experimentar eventos vitales estresantes, o por estar integrados en una red social. Esto produce un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente y reconocimiento de valoración personal. Dichos estados psicológicos influyen en la susceptibilidad a la enfermedad.

Finalmente Vaux (1988) indica que las siguientes posibilidades incrementan el bienestar:

1. Penetración social → sensación de poder y autoestima
2. Pertenencia
3. Estima social → mayor autoestima
4. Eventos placenteros
5. Identidades sociales

EFEECTO INDIRECTO: Esta hipótesis sostiene que el Apoyo Social ejerce un efecto indirecto, ya que actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, por ejemplo, los acontecimientos vitales estresantes. Sin embargo, según esta hipótesis, en ausencia de estresores el apoyo no influye en el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos de estrés.

Por tanto, el impacto del estrés sobre la salud sería menor en presencia de Apoyo Social. Al igual que ocurría con la hipótesis anterior, ésta también ha recibido numerosas pruebas a su favor. (Barrón, 1996; Alfaro, 2000)

Mecanismo:

Para entender de mejor manera este proceso es conveniente indicar que un evento o acontecimiento vital estresante es una experiencia objetiva que rompe con la cotidianidad o amenaza con romper las actitudes normales de una persona causando un reajuste sustancial en su conducta y que es percibido por el sujeto como indeseable. (Barrón, 1996)

A partir de lo anterior y en lo enunciado en “las investigaciones sobre el estrés”, se ha propuesto que el apoyo social puede influir en distintos puntos de la cadena estrés-patología.

Para Cohen y Ashby (1985); Cohen y Syme (1985) (como cita Barrón, 1996) los recursos aportados por otras personas pueden atenuar o prevenir las respuestas de evaluación del estrés, ya sea por comparación social encubierta o por discusión abierta. También puede prevenir por influencia directa.

Para House (1981) (como cita Barrón, 1996), el apoyo social alivia el impacto, reduciendo la importancia de la situación percibida como estresante, tranquilizando el sistema neuroendocrino, haciendo a las personas menos reactivas y facilitando conductas de salud.

2.5.2 Variable: Depresión.

2.5.2.1 Definición.

Etimológicamente se relaciona con comprimir, apretar, inmovilizar. (Roa, 1980)

Estar “deprimido” puede considerarse en tres niveles. En un primer nivel, *sintomatológico*, la depresión hace referencia a un estado de ánimo decaído y triste. En un segundo nivel, *sindrómico*, la depresión abarca también síntomas concomitantes (pérdida de placer, cambios en el apetito, sueño, etc.). El concepto de episodio depresivo, empleado en sistemas de clasificación como los DSM de la American Psychological Association, hacen referencia a este nivel, pues se trata de un conjunto de síntomas, con una duración y gravedad determinadas, que puede estar ligado de modo inespecífico a trastornos mentales tan diversos. El último nivel, *nosológico*, comprende la existencia de un trastorno depresivo, es decir un episodio depresivo en el que los síntomas no se deben exclusivamente a otro trastorno o condición (por ejemplo, una reacción de duelo o una idea delirante que entristece al paciente) por lo tanto podemos hablar de “trastorno depresivo” con propiedad. (Vázquez, Hernangómez, Hervás, & Nieto-Moreno, 2006)

2.5.2.2 Epidemiología.

Prevalencia: la depresión es un trastorno con una alta prevalencia. Como refiere Vallejo (2002) entre enfermos generales oscila, según las estadísticas, entre el 10 y 20%, y entre pacientes psiquiátricos la cifra aumenta hasta casi un 50%. Solo el 10% de estos pacientes llegan a las consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90 % restante son tratados por médicos generales o especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento. La explicación parcial de este hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada.

Frecuencia: Según Murphy et al. (2000) (como cita Vallejo, 2002) en la población general se estima estable en el 5%

2.5.2.3 Etiopatogenia y Factores de Riesgo.

Los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas, la conflictiva psicológica es el núcleo de las depresiones psicógenas (Vallejo, 2002)

Genética

“El riesgo de morbilidad en las familias con un paciente con TAB es de 20% para enfermedad bipolar y 10% para unipolar (comparado con 0.5% - 1% en la población general). La vulnerabilidad genética puede ser uni o multigenética y con los factores ambientales, relacionales e intra-psíquicos. [...] La concordancia entre gemelos dicigotos es de 19% la cual asciende a 79% entre los monocigóticos”

Bioquímica

La *hipótesis noradrenérgica* de la depresión, propugnada por Schildkraut en 1965, según la cual los trastornos afetivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA), es una de las más conocidas y admitidas. Esto por la evidencia de que la acción antidepresiva estimulante que puede conseguirse por diversas vías (antidepresivos, terapéutica electroconvulsiva, dopa, anfetaminas, salbutamol) incrementa el nivel de NA, mientras que la depresión, sedación está

relacionada con sustancias (reserpina, α -metildopa, propanolol, α -metilparatirosina) que producen disminución o bloqueo de la NA central.

La *hipótesis indolamínica* defendida por Coppen en 1965, es de igual manera importante y propugna en la depresión un déficit de serotonina (5-HT). Los datos más importantes proceden del estudio del 5-HIAA (metabolito de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), medido directamente o bloqueando la salida de este metabolito en el LCR mediante probenecid. En ambas situaciones el 5-HIAA es bimodal, de forma que la disminución solo ocurre en el 30-40 % de los pacientes con depresión endógena, los cuales precisamente tienen más conductas agresivas. (Vallejo, 2002)

Aspectos psicosociales

1. Estilo cognitivo. La teoría cognoscitiva señala que ocurren distorsiones muy tempranas en el proceso de pensamiento; una cadena de evaluaciones negativas que terminan en depresión. Beck analizando material grabado en entrevistas de psicoterapia, de sujetos deprimidos y no deprimidos, encontró que los primeros tiende a ser exagerados y crear generalizaciones erróneas sobre cualquier acontecimiento, con información negativa sobre ellos mismos, creando así sentimientos de fracaso personal o, privación o rechazo. (Gaviria, 1998)
2. Personalidad
3. Pérdidas parentales
4. “Soporte social. La escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico de la enfermedad”
5. Acontecimientos de la vida. Varios autores han señalado la alta frecuencia de acontecimientos significativos, acaecidos meses antes del inicio de un cuadro depresivo. Paykel (1982) ha subrayado la naturaleza negativa (pérdida) de estos eventos. (Vallejo, 2002)

Enfermedad física

“Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con enfermedades físicas son los trastornos adaptativos asociados a trastornos del estado de ánimo y los trastornos depresivos propiamente dichos [...] se puede encontrar como síntoma en diferentes enfermedades médicas y trastornos mentales o puede ser inducido por fármacos y sustancias adictivas, como el abuso de alcohol. En general, la gravedad de un trastorno depresivo será mayor en los que sufran enfermedades físicas graves, dolorosas o causantes de algún tipo de incapacidad y las tasas de suicidio son más elevadas en los enfermos físicos que en el resto en la población general” (García Vega, 2010)

2.5.2.4 Semiología.

Se entiende por semiología o psicopatología, al conjunto de signos y síntomas que los profesionales de la salud mental utilizan para el diagnóstico de enfermedades psíquicas. En la semiología psiquiátrica, a diferencia de otras especialidades, la recogida de síntomas descansa casi exclusivamente sobre los síntomas mentales. Los cuales son referidos por el mismo paciente o de la observación de su conducta para llegar al diagnóstico de una enfermedad.

Los síntomas psicopatológicos poseen dos componentes: biológico y psicosocial. El primero genera una alteración de la conducta y el segundo está relacionado con la interpretación de esta alteración por el propio paciente y por el observador. (Segarra & Eguiluz, 2004)

El humor de tipo depresivo empapa todas las esferas del funcionamiento tanto somático como psicológico, aunque en estos casos los síntomas predominantes son los sentimientos de tristeza, desesperanza e infelicidad, junto con una disminución de la energía vital y un desentendimiento en mayor o menor medida del entorno.

Se puede entender la semiología a través de cuatro niveles estos son: conductual, cognitivo, psicofisiológico y a nivel emocional y motivacional

A nivel conductual

Falta de autocuidado y aseo personal.

Agitación o retardo o psicomotor.

Llanto.

Agresividad verbal y/o física, conductas autolíticas y/o suicidas

Conductas de evitación ante tareas cotidianas y/o interacciones sociales

Estrategias inadecuadas de manejo de emociones (por ejemplo, beber alcohol)

Lenguaje: verbalizaciones constantes sobre sus problemas, dificultades y síntomas, ausencia o disminución marcada de conductas de comunicación

Esfera corporal: postura decaída, abatida, hombros caídos, voz apagada, ritmo lento de habla, rostro inexpresivo.

Esfera interpersonal: Aislamiento, soledad, pasividad, conductas sumisas en las relaciones con los demás, búsqueda de validación externa del propio valor, conflicto y/o deterioro de las relaciones interpersonales, actividades de ocio reducidas o inexistentes.

A nivel cognitivo

Pensamientos automáticos negativos (de si mismo, de los demás, del futuro)

Creencias disfuncionales (por ejemplo, <<para ser feliz tengo que hacer todo bien>>)

Estilo atribucional disfuncional (atribuciones internas, globales y estables ante sucesos negativos)

Percepción alterada del grado de responsabilidad en los acontecimientos: locus de control externo sobre los acontecimientos negativos o alta responsabilidad personal (culpa)

Sesgos atencionales y de memoria (atención y abstracción selectiva hacia aspectos negativos, dificultades en la repercusión de recuerdos positivos)

Rumiaciones constantes sobre sus síntomas, sus causas o sus consecuencias.

Alto nivel de focalización atencional en uno mismo (autofocaliación)

Ideación suicida (deseos, planes...)

Dificultades para tomar decisiones.

Dificultades de concentración y problemas de memoria.

Déficit en habilidades de solución de problemas.

A nivel psicofisiológico

Alteraciones del sueño (insomnia o hipersomnia).

Alteraciones en el apetito (excesivo o reducido)

Disminución del deseo sexual.

Molestias físicas.

A nivel emocional y motivacional

Emociones negativas: tristeza, desamparo, desesperanza, rencor, autodesprecio, culpa, frustración, fracaso, vacío, vergüenza, irritación, aburrimiento, afecto embotado.

Anhedonia (incapacidad para experimentar emociones positivas)

Ausencia de reactividad ante recompensas/refuerzos

Abulia (dificultad para iniciar tareas/actividades, disminución del interés social, del interés por actividades de ocio, etc)

Anergia, fatiga.

(Vázquez, Hernangómez, Hervás, & Nieto-Moreno, 2006)

2.5.2.5 Clasificación según CIE-10.

Clasificación internacional de enfermedades, décima versión

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo (...) sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad (...) un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) Disminución de la atención y concentración.
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Perspectiva sombría del futuro.
- e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. (...) La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad,

consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico(...). Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" (ver Introducción, página 143) son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32).

Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0- F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente

o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de

comienzo en la quinta década de vida. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Incluye:

Episodios recurrentes de: Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes de: Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva. Depresión psicótica.

Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente

(F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el

episodio actual:

F33.00 Sin síndrome somático (ver F32.00)

F33.01 Con síndrome somático (ver F32.01)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve,

moderado, grave, incierto).

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.10 Sin síndrome somático (ver F32.10)

F33.11 Con síndrome somático (ver F32.11)

Puede especificarse, si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses i libres de alteración significativa del humor.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Pautas para el diagnóstico

a) deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el diagnóstico

a) en el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-), pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39.

b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

(Organización Mundial de la Salud Ginebra, 1992)

2.5.2.6 Depresión en pacientes con cáncer.

Cáncer

Es el “crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar

sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia.” (Microsoft® Encarta®, 2009)

Incidencia de la depresión en pacientes con cáncer

“La incidencia de depresión mayor en pacientes con cáncer alcanza el 42%. Se ha informado depresión concomitante en el 20% de casos de cáncer gastrointestinal, 23% en cánceres ginecológicos, y en un tercio de los casos con carcinoma de páncreas. Asimismo, un tercio de los pacientes que presentan dolor crónico sufren de depresión y muchos de ellos se alivian con tratamiento antidepresivo.” (Gaviria, 1998)

Factores de Riesgo relacionados al cáncer

- La naturaleza de la enfermedad (puede llegar a ser crónica, la etiología desconocida y sin cura específica e inmediata)
- Incertidumbre y escasa capacidad de control percibidos.
- Efectos secundarios. Entre ellos la alopecia es uno de los efectos más temidos, por la importancia estética del cabello e interpretación de ésta como un estigma (signo de enfermedad oncológica en quimioterapia). Sin quitar importancia a otros efectos como malestar general, mucositis, náuseas, vómito, etc.
- Significado social de la palabra “CÁNCER”, ya que existen una serie de estereotipos relacionados con la misma “muerte, dolor, desfiguración...” (López, 2012)
- Estadio avanzado del cáncer.
- Deterioro físico creciente o molestia.
- Cáncer de páncreas.
- Padeecer de cáncer de cuello o cabeza.
- Tratamiento con ciertos fármacos quimioterapéuticos:

- Corticosteroides.
- Procarbazina.
- L-asparaginasa.
- Interferón-alfa.
- Interleucina-2.
- Anfotericina-B.

Duelo y adaptación

La experiencia que implica tener cáncer está llena de cambios, estos contribuyen a que tanto el paciente como sus familiares deban movilizarse para afrontar de la mejor manera el diagnóstico. Se presentarán épocas de desajuste y de reajuste en la vida del paciente, esto empieza antes del diagnóstico cuando debe someterse a una serie de exámenes, posterior a este, a intervenciones quirúrgicas y tratamientos como trasplantes de médula ósea, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia según cada caso y continúa a lo largo de la vida del mismo a pesar de haber superado la enfermedad pues el paciente debe acudir periódicamente a consultas de control (cada tres, seis o doce meses) en donde puede hacerse presente el temor a una posible recaída.

A continuación se detallan las fases por las que pueden pasar los pacientes ante el diagnóstico de cáncer:

- **Negación:** Ante la noticia inesperada e impactante surge esta respuesta que funciona como amortiguador, para recobrar el valor y posteriormente poner en movimiento otros mecanismos menos radicales. Si la negación persiste en el tiempo, puede considerarse un riesgo.
- **Ira:** En donde surgen sentimientos de rabia, resentimiento, ira, etc. que pueden dirigirse a la familia, personal sanitario o hacia Dios (en el caso de pacientes creyentes).

- **Negociación-regateo:** Caracterizado por un diálogo interno. Consiste en hacer tratos con Dios para anular o retrasar acontecimientos negativos (“Si tú me ayudas a...yo te prometo que...”).
- **Depresión:** tristeza, apatía, llanto, lamenta pérdidas pasadas presentes y futuras. “Se producen cambios en los patrones de sueño-vigilia, alimentación, higiene de vida. También puede aparecer el silencio, el aislamiento, y sentimientos de inutilidad”.
- **Aceptación de la enfermedad:** “Comienza a adaptarse y puede poner en marcha estrategias de afrontamiento más adaptativas. No implica un periodo feliz, sino la eliminación de un conflicto. Pero no todos los pacientes alcanzan este nivel”.

(López, 2012)

Cambios

A pesar de ya haber nombrado algunos cambios por los cuales debe pasar el paciente oncológico seguidamente se hará un listado más completo con el fin de profundizar en estos aspectos que interfieren significativamente en el estado de ánimo de los pacientes.

- Hospitalización
- Ausentarse continuamente del trabajo o a su vez dejarlo
- Reducción del círculo social
- Temor a la muerte
- Alteración de los planes de vida,
- Cambios en la imagen corporal
- Cambios en el rol social y en el estilo de vida (delegar funciones cotidianas)
- Preocupaciones financieras y legales

(Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU, 2013)

Diagnóstico.

Puede resultar complicado hacer un diagnóstico de depresión en pacientes con cáncer debido a la dificultad en distinguir síntomas biológicos y físicos de la depresión y síntomas propios de la enfermedad o de los efectos tóxicos secundarios al tratamiento. Sobre todo en pacientes que reciben tratamiento activo o que tienen enfermedad avanzada.

En estos pacientes los síntomas más útiles para detectar depresión, son: sentimientos de culpa, inutilidad, desesperanza, pensamientos de suicidio e insatisfacción.

Esta evaluación además debe comprender un examen meticuloso de la percepción que tiene la persona de su enfermedad; antecedentes clínicos, familiares o personales de depresión o de pensamientos suicidas (explorar la seriedad de los mismos); estado mental en el presente y estado físico, así como también efectos del tratamiento y de la enfermedad, factores estresantes simultáneos y disponibilidad de apoyo social.

(Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU, 2013)

2.6 Hipótesis.

El apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer influye en la depresión

2.7 Señalamiento de variables de la hipótesis.

Variable Independiente: Apoyo Social percibido en pacientes adultos con cáncer.

Variable Dependiente: Depresión.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque.

Se trata de un estudio transversal. La investigación será predominantemente cualitativa, debido a que se trata de una investigación de carácter social cuyo fin es la comprensión de los fenómenos que interactúan entre ambas variables.

3.2 Modalidad básica de la investigación.

El presente trabajo responde a una investigación de campo, pues el investigador tomara contacto en forma directa con la realidad de pacientes adultos oncológicos, con la finalidad de obtener información y comprobar la hipótesis planteada. Cabe indicar que no es de carácter experimental ya que no se manipulará ninguna de las variables a ser estudiadas, para evitar iatrogenia en los pacientes.

3.3 Nivel o tipo de la investigación.

Se pretende llegar al nivel de “Asociación de Variables” ya que se busca analizar la correlación dada entre apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y la depresión determinando el grado de relación.

Instrumentos

En primera instancia cabe indicar que absolutamente todos los participantes en esta investigación recibieron un consentimiento informado en el que se señala los objetivos de esta investigación, la opción voluntaria de participar y la confidencialidad en cuanto a los datos que le identifican.

Se ha tomado datos generales del paciente y posteriormente se ha aplicado dos test para medir las variables en estudio, uno para cada variable.

- Inventario de depresión de Beck) en su versión breve

Para la depresión se utilizó el BDI Beck Depression Inventory (Inventario de depresión de Beck) en su versión breve de 13 ítems. Este inventario evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognoscitivos presenta.

Otro elemento distintivo en cuanto a los síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.

El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros. En esta versión breve, los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda 1 punto; la tercera 2, y la cuarta vale 3 puntos.

Los puntos de corte propuestos son:

0-4: depresión ausente o mínima.

5-7: depresión leve

8-15: depresión moderada

>15: depresión grave

(García, Bascarán, Sáiz, Bousoño, & Bobes, 2005)

- MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey)

Para medir la percepción de apoyo social se empleó el Cuestionario MOS de Apoyo Social desarrollado por Sherbourne y cols en 1991. Este cuestionario explora el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) y el “apoyo funcional” (percepción de apoyo) este último dividido en 5 dimensiones: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el

entrevistado cada tipo de apoyo. El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20). A mayor puntuación mayor apoyo social percibido.

3.4 Población y muestra.

3.4.1 Población

Según datos estadísticos del Hospital Oncológico “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, en el periodo 2013 se han aperturado hasta el mes de octubre 177 historias clínicas de pacientes oncológicos (tabla 1). Para obtener un dato aproximado hasta el mes de diciembre de la población, se ha utilizado la fórmula pronóstico en excel, dando un total de 189 casos.

Población	
Enero	15
Febrero	16
Marzo	17
Abril	42
Mayo	44
Junio	10
Julio	7
Agosto	19
Septiembre	4
Octubre	3
Pronóstico	
Noviembre	7
Diciembre	5
N: Población	189

TABLA ESTADÍSTICA 1. FUENTE: ESTADÍSTICA DE SOLCA TUNGURAHUA

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.



GRÁFICO ESTADÍSTICO 1. FUENTE: ESTADÍSTICA DE SOLCA TUNGURAHUA

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

3.4.2 Muestreo.

El tipo de muestreo que se empleará es no probabilístico casual, en el que los elementos que conforman la muestra y quienes serán investigados son aquellos de fácil acceso. En este caso se evaluará a los usuarios con diagnóstico oncológico que frecuentan o utilizan las diferentes áreas de consulta externa, hospitalización y quimioterapia ambulatoria.

3.4.3 Determinación del tamaño de la muestra.

Para extraer el tamaño de la muestra se ha empleado la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{Z^2 P Q N + N e^2}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confiabilidad 90% → 1,65

P= Probabilidad de ocurrencia 0,5

Q= Probabilidad de no ocurrencia $1 - 0,5 = 0,5$

N= Población 189

e= Error de muestreo 0,05 (5%)

$$n = \frac{(1,65)^2(0,5)(0,5)189}{(1,65)^2(0,5)(0,5) + 189(0,05)^2}$$

$$n = 111,55$$

$$n = 112$$

3.5 Operacionalización de variables.

3.5.1 Matriz De Operacionalización De Variable Dependiente.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
<p><i>Depresión se conceptúa como:</i> Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2013)</p>	Cognitivo-afectivo	Estado de ánimo	¿Se siente triste?	<p>Inventario de Depresión de Beck. Entrevista Psicológica</p>
		Pesimismo	¿Se siente desanimado respecto al futuro?	
		Sentimientos de fracaso	¿Se siente fracasado?	
		Insatisfacción	¿Disfruta de las cosas tanto como antes?	
		Sentimientos de culpa	¿Se siente culpable?	
		Odio a si mismo	¿Se siente decepcionado de sí mismo?	
		Impulsos suicidas	¿Ha pensado en atentar contra su vida o hacerse daño?	
		Aislamiento social	¿Ha perdido el interés por los demás?	
		Indecisión	¿Toma decisiones con la misma facilidad que antes?	
		Imagen corporal	¿Se siente conforme con su aspecto físico?	
Capacidad laboral	¿Puede trabajar igual que antes?			
Somático-vegetativo	Cansancio	¿Se cansa más que antes?		
	Hipofagia	¿Ha perdido el apetito?		

TABLA 1.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

3.5.2 Matriz De Operacionalización De Variable Independiente.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p><i>Apoyo Social se conceptúa como:</i> Son provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Lin, Dean y Ensel 1986).</p>	<p>Apoyo emocional/informacional</p>	<p>Percibe que cuenta con comprensión empática, guía, consejos e información.</p>	<p>¿Con qué frecuencia tiene a alguien con quien hablar, que le aconseje, que le compre, que le ayude a entender una situación y que pueda compartir sus temores y problemas más íntimos?</p>	<p>Cuestionario MOS de Apoyo Social</p>
	<p>Apoyo Instrumental</p>	<p>Percibe que cuenta con apoyo tangible</p>	<p>¿Con qué frecuencia dispone de alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama, le lleve al médico cuando lo necesite y si usted no puede hacerlo le prepare la comida y ayude en sus tareas domésticas?</p>	
	<p>Interacción social positiva</p>	<p>Percibe que cuenta con gente para divertirse y poder relajarse.</p>	<p>¿Con qué frecuencia dispone de alguien con quien pueda pasar un buen rato, divertirse y relajarse?</p>	
	<p>Apoyo Afectivo</p>	<p>Percibe manifestaciones de amor y afecto</p>	<p>¿Con qué frecuencia cuenta con alguien que le muestre amor y afecto y alguien a quien usted pueda amar y hacer sentir querido?</p>	

TABLA 2.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

3.6 Recolección De Información.

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para determinar la influencia del apoyo social sobre la depresión en pacientes adultos con cáncer de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua.
2.- ¿De qué personas?	A pacientes con cáncer de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Depresión Apoyo Social
4.- ¿Quién?	Investigadora Patricia Chérrez
5.- ¿A quiénes?	112 pacientes
6.- ¿Cuándo?	Periodo 2013
7.- ¿Dónde?	Unidad Oncológica Tungurahua (Av. Alfredo Coloma s/n y Enrique Sánchez Sector Izamba)
8.-¿Cuántas veces?	Cada test una vez por cada pacientes de la muestra en estudio
9.- ¿Cómo?	Test psicológicos
¿Qué técnicas de recolección?	
10.- ¿Con qué?	Cuestionario de apoyo social MOS Inventario de Depresión de Beck (versión breve)

TABLA 3. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

3.7 Procesamiento y análisis.

-Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta no pertinente, etc.

-Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

-Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: cuadros de una sola variable, cuadro con cruce de variables, etc.

- Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis)

-Estudio estadístico de datos para presentación de resultados

(Herrera E, Medina F, & Naranjo L, 2008)

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis cuantitativo de Datos Personales.

Edad de los pacientes evaluados

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-39 (juventud o adulthood temprana)	12	10,7
40-59 (madurez)	52	46,4
60 o 65 en adelante (vejez)	48	42,9
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 2. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Análisis

Los 112 evaluados son adultos. Doce personas se encuentran en la adultez temprana o juventud (20-39 años), es decir el 10,7%; 52 sujetos cursan la adultez (40-59 años) que corresponde al 46,4% y 48 individuos atraviesan la vejez, esto es el 42,9%.

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	22	19,6
Mujer	90	80,4
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 3. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Análisis:

De los 112 sujetos evaluados el 22 son hombres (19,6%) y 90 son mujeres (79,5%).

Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	67	59,8
Soltero/a	18	16,1
Viudo/a	15	13,4
Divorciado/a	8	7,1
Unión libre	3	2,7
Separado/a	1	,9
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 4. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Análisis:

En cuanto al estado civil se puede observar que de los 112 evaluados 67 pertenecen al grupo “casados” lo que equivale al 59,8%; 18 a “solteros” correspondientes al 16,1%; 15 a “viudos” es decir el 13,4%; 8 a “divorciados” que es el 7,1%; 3 a “unión libre” con una 2,7% y una persona al grupo “separados” con el 0,9%.

Nivel de Educación:

Nivel de Educación	Frecuencia	Porcentaje
Universitaria	21	18,8
Secundaria	32	28,6
Primaria	51	45,5
Analfabetos	5	4,5
Sin estudios	3	2,7
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 5. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Análisis:

De los 112 evaluados 21 han cursado un nivel de educación “universitaria” (18,8%); 32 la “secundaria” (28,6%); 51 la “primaria” (45,5%); 5 encajan en la categoría “analfabetos” (4,5%) y 3 en la categoría “sin estudios”(2,7%)

Tipos de Cáncer

En Mujeres

Cáncer en Mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de mama	37	41,1
Cáncer uterino	10	11,1
Cáncer hematológico	8	8,9
Cáncer tiroideo	8	8,9
Cáncer de piel	7	7,8
Cáncer de ovario	5	5,6
Cáncer colorrectal	4	4,4
Cáncer de estómago	3	3,3
Fibrosarcoma	2	2,2
Sarcoma de tejidos blandos	2	2,2
Cáncer de páncreas	1	1,1
Cáncer de pulmón	1	1,1
Cáncer de vejiga	1	1,1
Cáncer esofágico	1	1,1
Total	90	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 6. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Análisis

De las 90 participantes que corresponde al 100% de las mujeres, los diferentes tipos de cáncer con mayor frecuencia fueron en primer lugar el cáncer de mama con un

41,1%; seguido de cáncer uterino con el 11,1%; cáncer hematológico y tiroideo con el 8,9% respectivamente; cáncer de piel con el 7,8% y cáncer de ovario con el 5,6%. Los otros tipos de cáncer se encuentran por debajo del 5% individualmente, en conjunto representan el 16,6%.

En Hombres

Cáncer en hombres	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de próstata	6	27,3
Cáncer de estómago	4	18,2
Cáncer colorrectal	3	13,6
Cáncer testicular	2	9,1
Sarcoma de Ewing	1	4,5
Carcinoma metastásico desconocido	1	4,5
Cáncer tiroideo	1	4,5
Cáncer hematológico	1	4,5
Cáncer de vejiga	1	4,5
Cáncer de piel	1	4,5
Cáncer de estómago	1	4,5
Total	22	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 7.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

Análisis

De los 22 hombres evaluados los diferentes tipos de cáncer con mayor frecuencia fueron en primer lugar el cáncer de próstata con un 27,3%; seguido de cáncer de estómago con el 18,2%; cáncer colorrectal con el 13,6% y cáncer testicular con el 9,1%, los otros tipos de cáncer conforman el 31,8% restante cada uno con un 4,5%

4.2 Análisis e Interpretación de la Variable Independiente.

Apoyo Social: Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS-SSS)

Objetivo del Cuestionario: Medir el tamaño de la red, el apoyo social percibido según su función (interacción social positiva, apoyo instrumental, apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo) y el apoyo social percibido a escala general

Resultados

4.2.1 Tamaño de la red social

		Estadísticos		
		Amigos Íntimos	Familiares cercanos	Total del tamaño de la red
N	Válidos	112	112	112
	Perdidos	0	0	0
	Media	5,88	11,35	17,23
	Mediana	3,00	7,00	11,00
	Moda	0	10	7
	Desv. típ.	8,609	12,766	17,490

TABLA ESTADÍSTICA 8.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis

En el tamaño de la red social en función al número de “familiares cercanos” la media es 11,35, la moda es 10 y la desviación típica es 12,76.

Con respecto al número de “amigos íntimos” en la muestra de 112 evaluados, la media es 5,88, la moda 0 y la desviación típica es de 8,6.

La suma de “familiares cercanos” y “amigos íntimos” da como resultado “total de relaciones íntimas” en donde la media es 17, 23, la moda es 7, con una desviación típica de 17,49

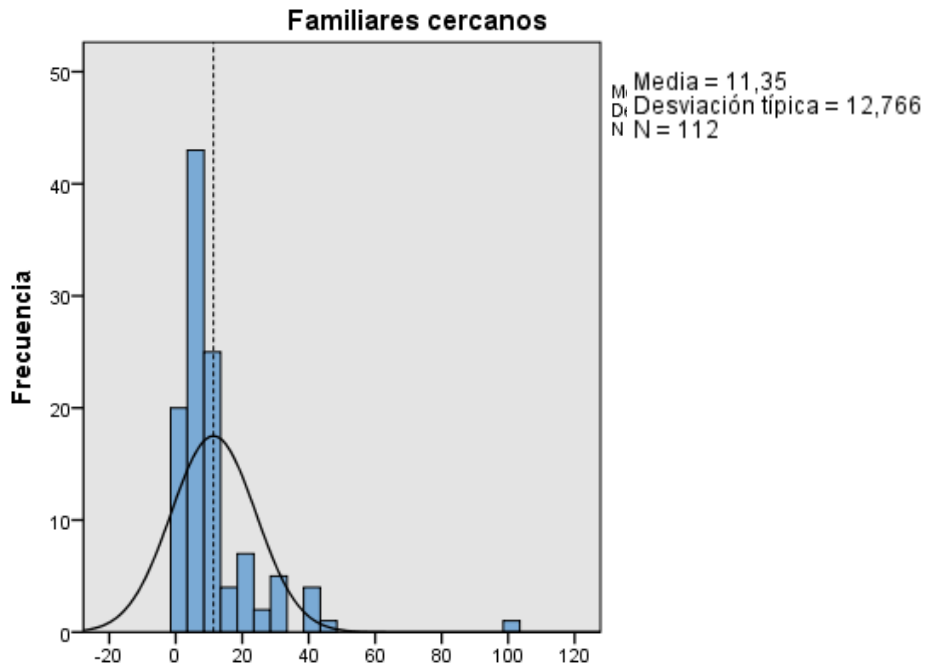


GRÁFICO ESTADÍSTICO 2.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

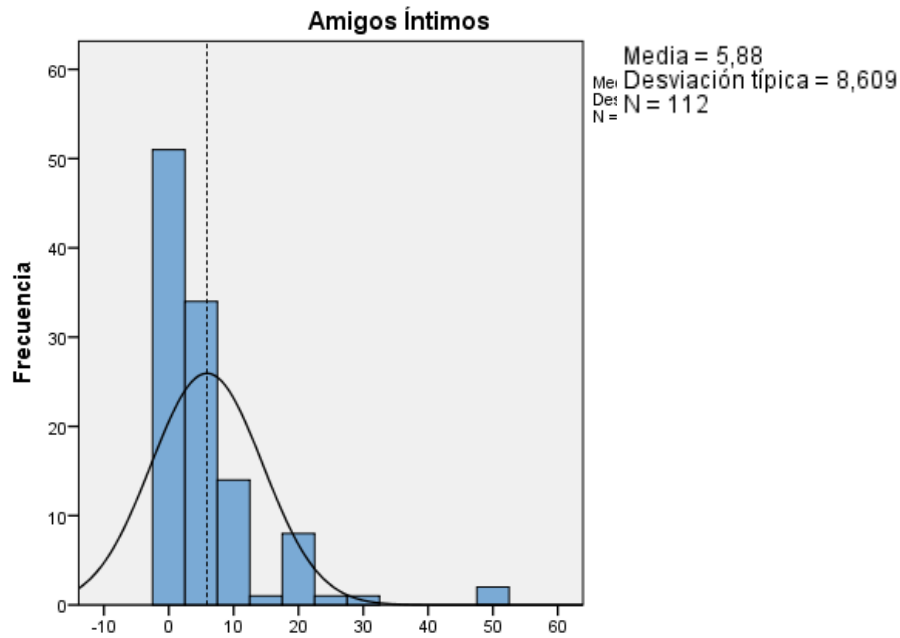


GRÁFICO ESTADÍSTICO 3.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

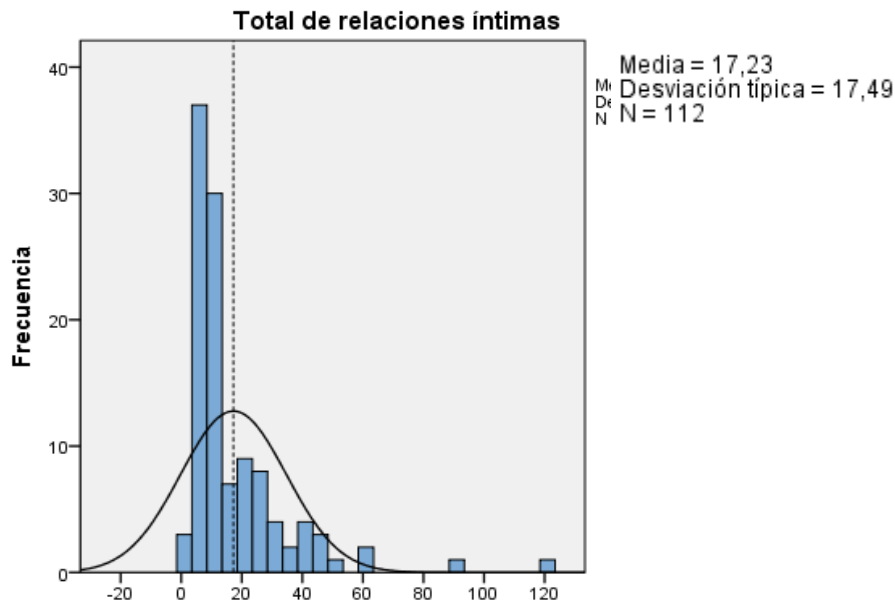


GRÁFICO ESTADÍSTICO 4.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación

En el gráfico estadístico N° 2 se puede apreciar que con relación al número de “familiares cercanos” la moda es 10, es decir este valor es el que tiene mayor frecuencia dentro de los evaluados por lo que se entiende que existe un gran porcentaje de pacientes que cuentan con una red amplia dentro de este grupo. Al chequear la media, esto quiere decir el promedio, el valor asciende a 11,35. La desviación típica es de 12,76 lo que muestra que las respuestas son variadas con considerables diferencias unas de otras.

Se puede observar en el gráfico N° 3 que con relación al número de amigos íntimos la moda es 0, por lo que se entiende que existe un gran porcentaje que no cuenta con relaciones íntimas fuera del hogar. Sin embargo la media, es de 5,88. La desviación típica es de 8,609 lo que muestra que las respuestas en general nos son homogéneas ni siguen una tendencia particular en relación a la media.

Entre los gráficos estadísticos 2 y 3 cabe resaltar que en el grupo “familiares cercanos” la cifra es mucho mayor en todo aspecto por lo que se interpreta como lo dice la literatura que en asuntos relacionados a la salud es la familia quien mayor apoyo brinda.

En cuanto al “total del tamaño de la red” (gráfico N° 4) la moda es 7, por lo que se entiende que en general el tamaño de red es grande. La media sube a 17,23 lo que muestra que hay personas que poseen una red aún más amplia. La desviación típica es de 17,49 lo que muestra que las respuestas en general nos son heterogéneas entre sí.

4.2.2 Aspectos funcionales.

4.2.2.1 Interacción Social Positiva.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy Baja	1	,9
Baja	2	1,8
Media	19	17,0
Alta	45	40,2
Muy Alta	45	40,2
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 9. FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis

De los 112 evaluados, 1 sujeto percibe la interacción social positiva como “muy baja” (0,9%); 2 personas lo perciben como “baja” (1,8%); 19 como “media” (17%); 45 como “alta” (40,2%) y otras 45 como “muy alta” (40,2%)

Interacción Social Positiva.

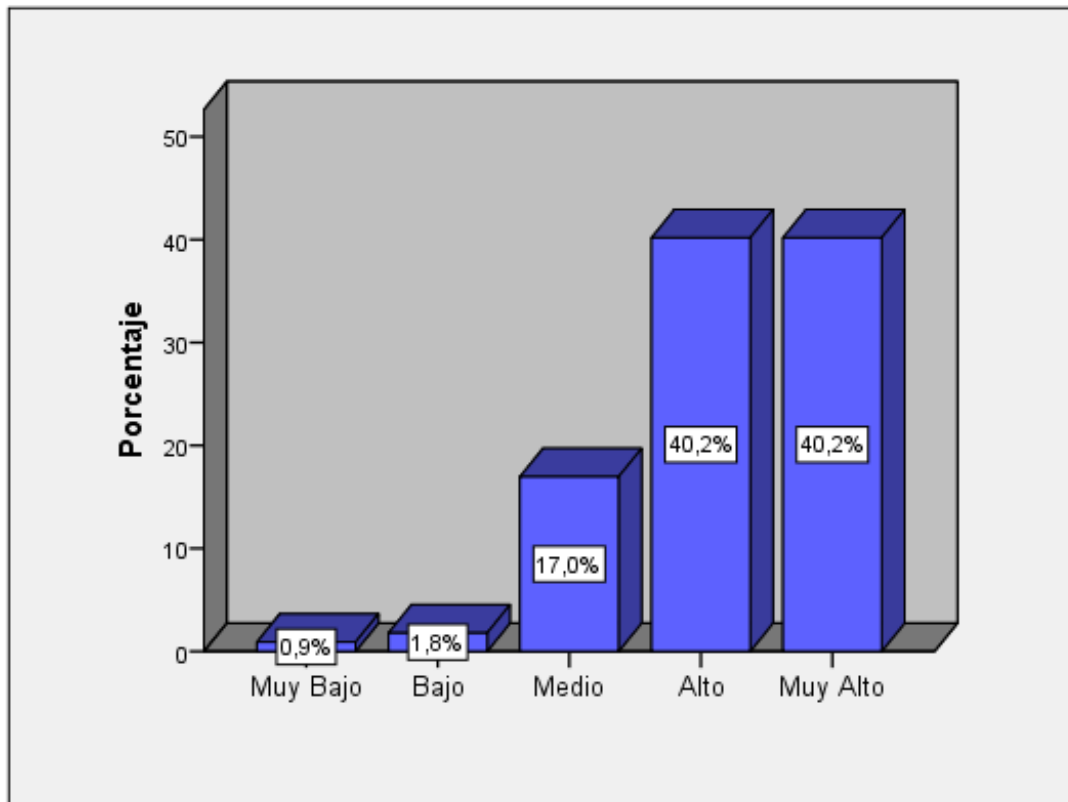


GRÁFICO ESTADÍSTICO 5.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación

Se puede apreciar que la mayoría de los evaluados tienen una percepción “alta” o “muy alta” de interacción social positiva (en conjunto el 80,4%), esto quiere decir que cuentan con un momento de distracción, esparcimiento y/o relajación en compañía de otros. Sin embargo un porcentaje considerable (17%) percibe la interacción social positiva como “media”.

4.2.2.2 Apoyo Instrumental.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	,9
Medio	3	2,7
Alto	26	23,2
Muy Alto	82	73,2
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 10. FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis

De los 112 evaluados, ninguno considera como “muy bajo” el apoyo instrumental que recibe; 1 persona lo percibe como “bajo” (0,9%); 3 como “medio” (2,7%); 26 como “alto” (23,2%) y 82 lo consideran “muy alto” (73,2%)

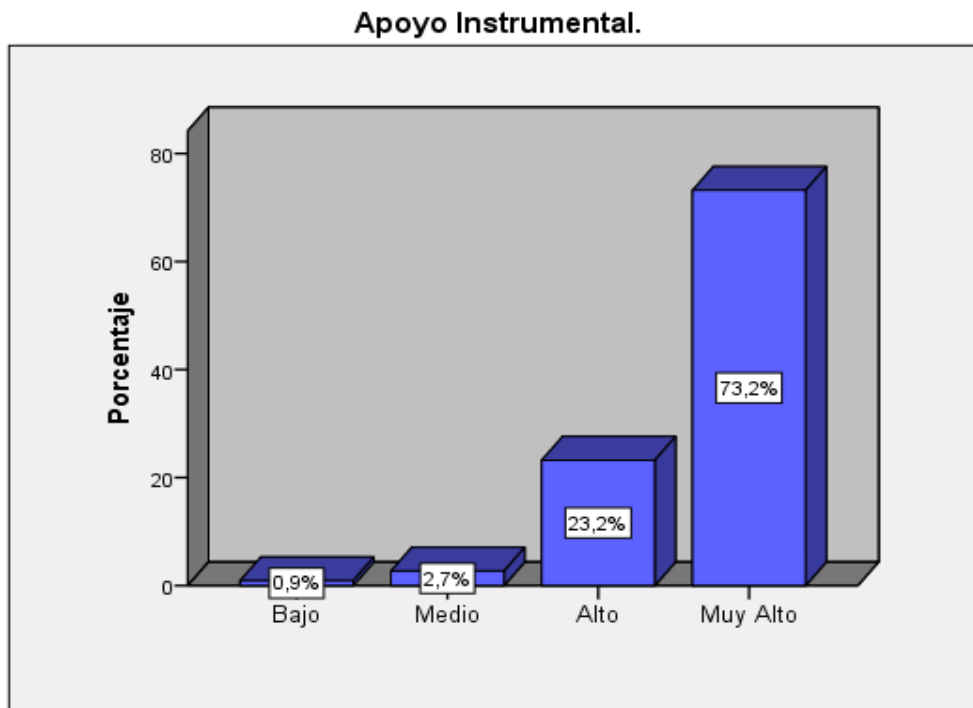


GRÁFICO ESTADÍSTICO 6.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación:

El apoyo instrumental es entendido como los servicios prestados para facilitar tareas cotidianas (ayuda en quehaceres domésticos, compañía para ir al médico, entre otras). Como se puede observar en la representación gráfica, los porcentajes más significativos son “muy alto”, con el 73,2% y “alto” con el 23,2%. Esto quiere decir que ésta área se encuentra cubierta para la mayoría de los evaluados.

4.2.2.3 Apoyo Afectivo.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	,9
Medio	1	,9
Alto	23	20,5
Muy Alto	87	77,7
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 11. FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis:

De la muestra de 112 pacientes, ninguno percibe el apoyo afectivo como “muy bajo”; 1 percibe el apoyo afectivo “bajo” y 1 como “medio” (0,9% respectivamente); 23 sujetos lo perciben como “alto” (20,5%) y 87 como “muy alto” (77,7%)

Apoyo Afectivo.

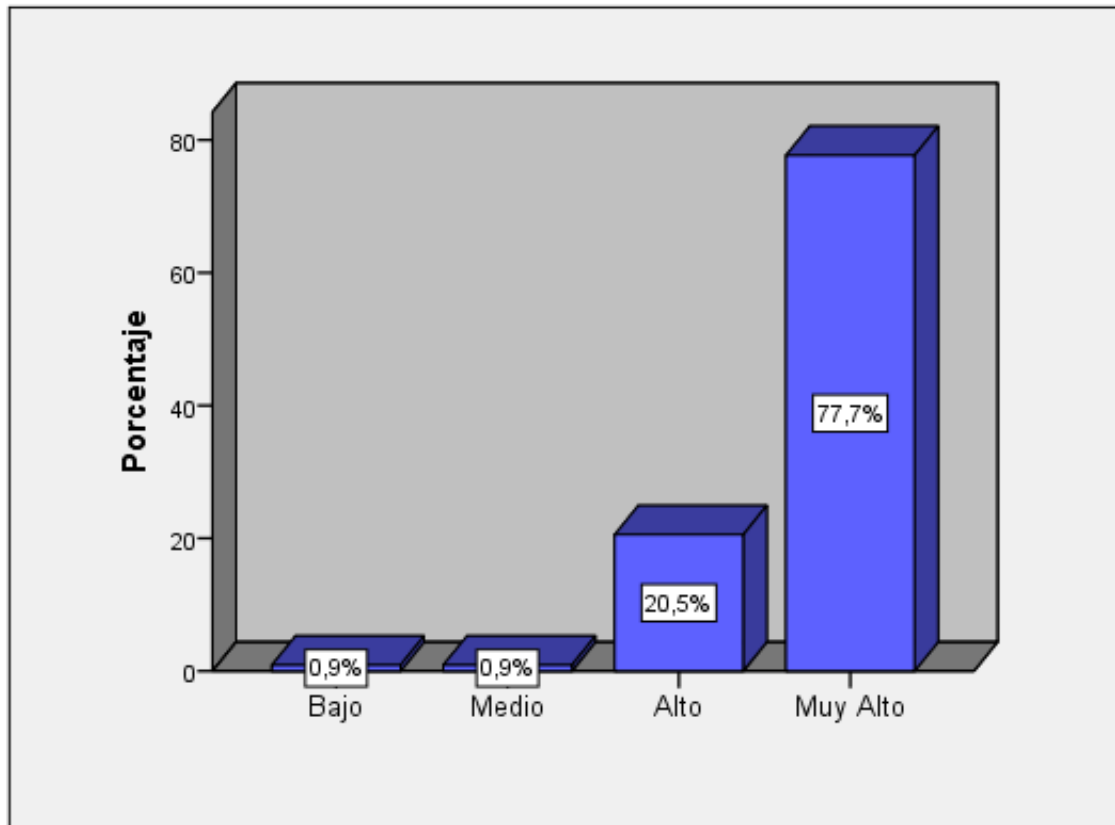


GRÁFICO ESTADÍSTICO 7.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación

Al observar el gráfico se puede concluir que según lo arrojado por el cuestionario, esta muestra percibe al apoyo afectivo como “muy alto” en la mayoría de sujetos (77,7%), a esto le sigue “alto” (20,5%). Son apenas 2 personas (1,8%) quienes perciben este tipo de apoyo como bajo y muy bajo. Estos datos muestran que los pacientes oncológicos si perciben disponibilidad de apoyo afectivo, es decir, el que dentro de su red social existan señales de amor y cariño hacia ellos.

4.2.2.4 Apoyo Emocional/Informacional.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy Bajo	1	,9
Bajo	3	2,7
Medio	15	13,4
Alto	51	45,5
Muy Alto	42	37,5
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 12. FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis

De los 112 evaluados, 1 percibe este tipo de apoyo como “muy bajo” (0,9%); 3 como “bajo” (2,7%); 15 como “medio” (13,4%); 51 como “alto” (45,5%) y 42 como “muy alto” (37,5%)

Apoyo Emocional/Informativo

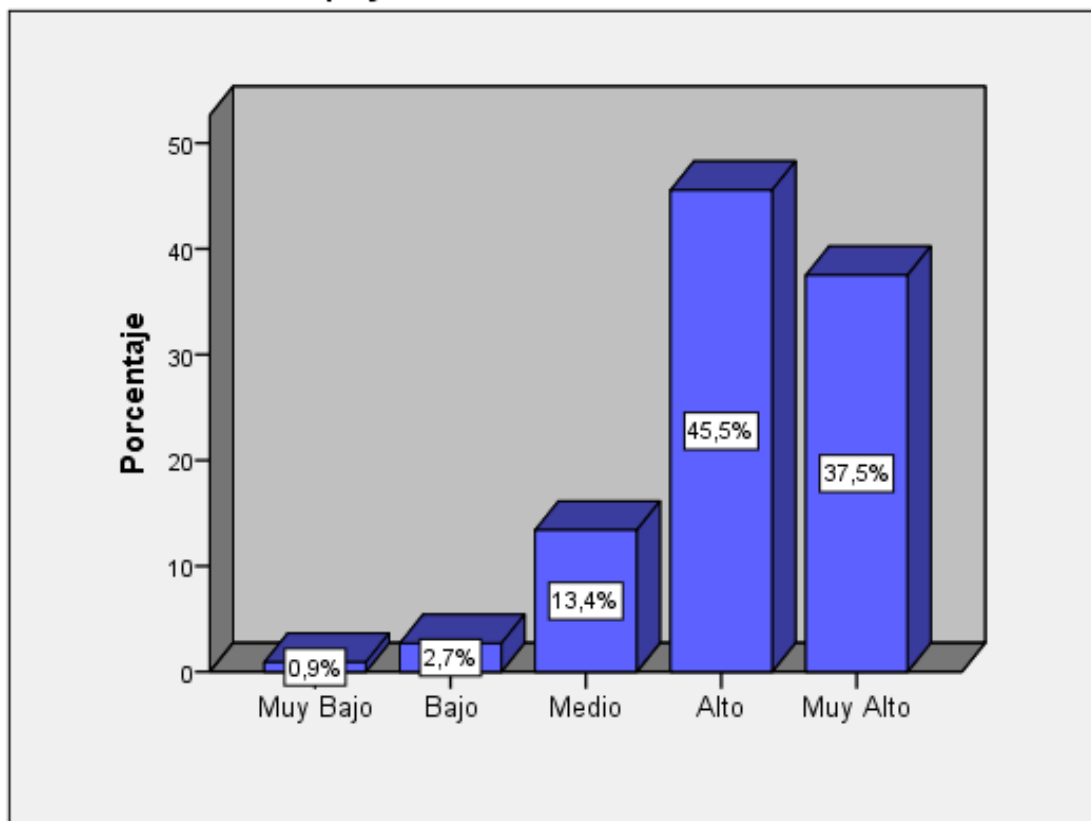


GRÁFICO ESTADÍSTICO 8.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación:

El apoyo informativo indica el tener a alguien de quien se pueda conseguir guía y consejos para entender el propio mundo o ciertos cambios de la vida. El apoyo emocional abarca el tener a alguien con quien hablar y sentirse comprendido. Para la interpretación de este cuestionario el autor une estas dos dimensiones con la consigna de que el apoyo informativo no puede estar separado del emocional, pues el primero genera también el segundo. Dentro de estos dos tipos de apoyo, en la muestra estudiada se puede observar que, a diferencia del resto de dimensiones en las cuales el mayor porcentaje se encasilla en el nivel “muy alto”, en este tipo de apoyo el mayor porcentaje recae en “alto” con un 45,5%, a este le sigue “muy alto” con el 37,5%. Otro nivel importante de destacar es el “medio” con el 13,4%. Estos datos nos indican

que el apoyo emocional/informacional es de las dimensiones el menos percibido, interpretándose este hecho como una dificultad en los pacientes para expresar sus inquietudes y miedos, sentirse comprendidos, así como también un distanciamiento por parte de su red de apoyo para brindar consejos y escuchar al paciente.

4.2.3 Apoyo Social Total.

Apoyo Social Total				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	3	2,7	2,7	2,7
Medio	8	7,1	7,1	9,8
Alto	55	49,1	49,1	58,9
Muy Alto	46	41,1	41,1	100,0
Total	112	100,0	100,0	

TABLA ESTADÍSTICA 13. FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis:

De los 112 evaluados ninguna persona percibe el apoyo social total con el que dispone como “muy bajo”; 3 lo perciben como “bajo” (2,7%); 8 como “medio” (7,1%) y 55 evaluados como “alto” (49,1%) y 46 lo perciben como “muy alto” (41,1%)

Apoyo Social.

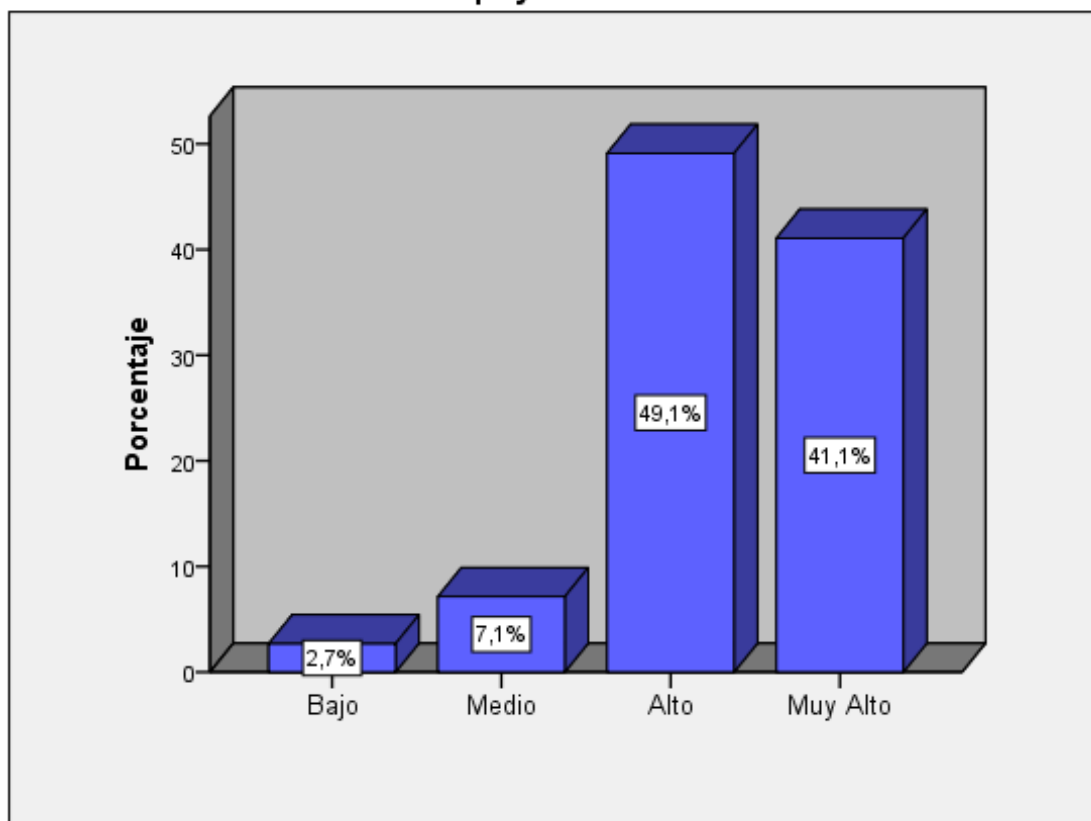


GRÁFICO ESTADÍSTICO 9.

FUENTE: CUESTIONARIO MOS-SSS

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación:

A nivel general el apoyo con el que cuentan los pacientes con cáncer, mismo que se ve reflejado en la muestra es en su mayoría “alto” y “muy alto” lo que indica que las relaciones sociales de esta población cumplen con dar soporte a los mismos.

4.3 Análisis e interpretación de la variable Dependiente.

Depresión: Inventario de depresión de Beck (BDI) versión breve

Objetivo del inventario: Evaluar síntomas clínicos de melancolía y pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
depresión ausente o mínima	52	46,4
depresión leve	24	21,4
depresión moderada	30	26,8
depresión grave	6	5,4
Total	112	100,0

TABLA ESTADÍSTICA 14.

FUENTE: BDI. Versión breve

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis:

De la muestra de los 112 encuestados 52 (46,4%) presentan “depresión ausente o mínima”; 24 (21,4%) “depresión leve”; 30 (26,8%) “depresión moderada” y 6 (5,4%) depresión grave.

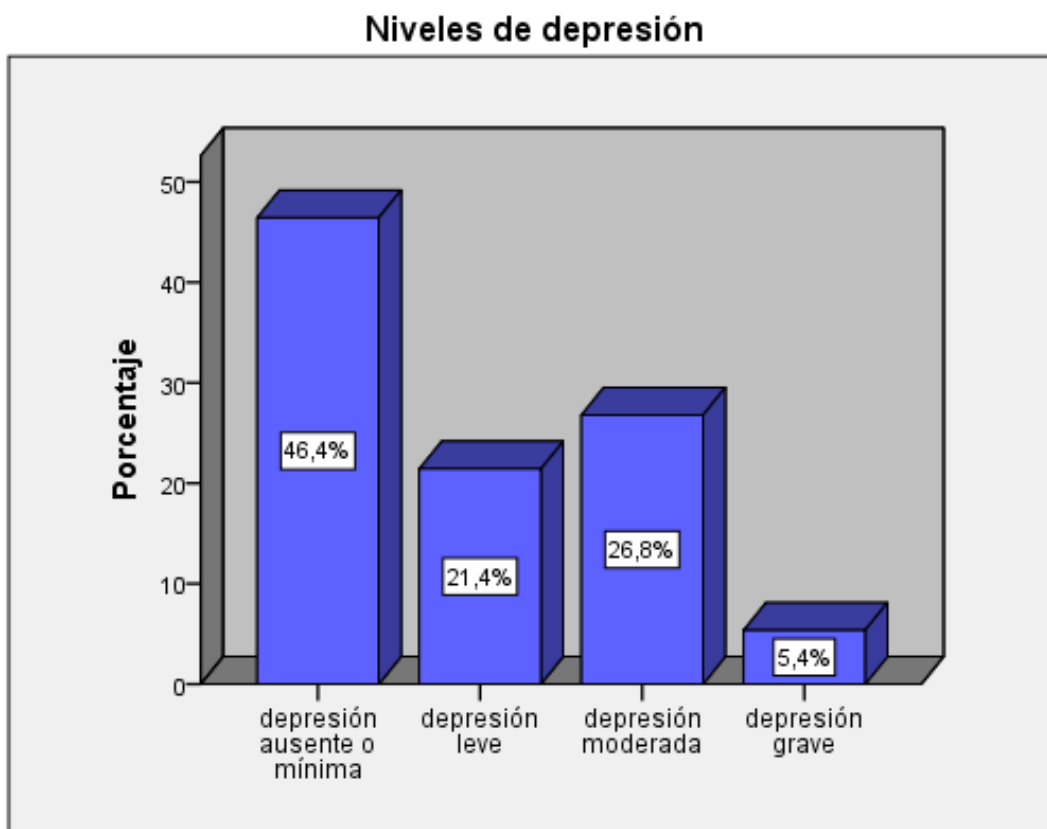


GRÁFICO ESTADÍSTICO 10.
AUTORA: CHÉRREZ, 2013

FUENTE: BDI. Versión breve

Interpretación:

A pesar de que cerca de la mitad de la muestra (46,4%) presenta depresión ausente o mínima, el 53,6% expone algún grado de depresión. Es decir que los pacientes con cáncer experimentan grados de tristeza, de desesperanza e infelicidad, aislamiento, indecisión, sentimientos de culpa, cansancio, etc., síntomas que varían en intensidad y que ponen en riesgo la vida del paciente y agravan aún más su calidad de vida.

Tabla de contingencia Apoyo Social. * Niveles de depresión

		Niveles de depresión				Total	
		depresión ausente o mínima	depresión leve	depresión moderada	depresión grave		
Apoyo Social.	Bajo	Recuento	0	0	2	1	3
		% dentro de Apoyo Social.	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	Medio	Recuento	0	2	4	2	8
		% dentro de Apoyo Social.	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Alto	Recuento	22	15	16	2	55
		% dentro de Apoyo Social.	40,0%	27,3%	29,1%	3,6%	100,0%
	Muy Alto	Recuento	30	7	8	1	46
		% dentro de Apoyo Social.	65,2%	15,2%	17,4%	2,2%	100,0%
Total		Recuento	52	24	30	6	112
		% dentro de Apoyo Social.	46,4%	21,4%	26,8%	5,4%	100,0%

TABLA ESTADÍSTICA 15.

FUENTE: MOS-SSS & BDI VERSIÓN

BREVE

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Análisis:

En la tabla de contingencia, misma que sirve para analizar la relación entre dos variables, se puede apreciar que dentro del grupo de personas que perciben la disponibilidad de apoyo social como “bajo” (3 sujetos el 2,7% de la muestra), según el inventario 2 presentan “depresión moderada” y 1 “depresión grave”. En cuanto a las personas que perciben la disponibilidad de apoyo social como “medio” (8 el 7,1% de la muestra), 2 muestran “depresión leve”, 4 “depresión moderada” y 2 “depresión grave”. De los pacientes que perciben la disponibilidad de apoyo como “alto” (55 el 49,1% de la muestra), 22 indican “depresión ausente o mínima”, 15 “depresión leve”, 16 “depresión moderada” y 2 “depresión grave”. En apoyo social “muy alto” (46 el 41% de la muestra), 30 personas presentan “depresión ausente o mínima”, 7 “depresión leve”, 8 “depresión moderada” y 6 “depresión grave”

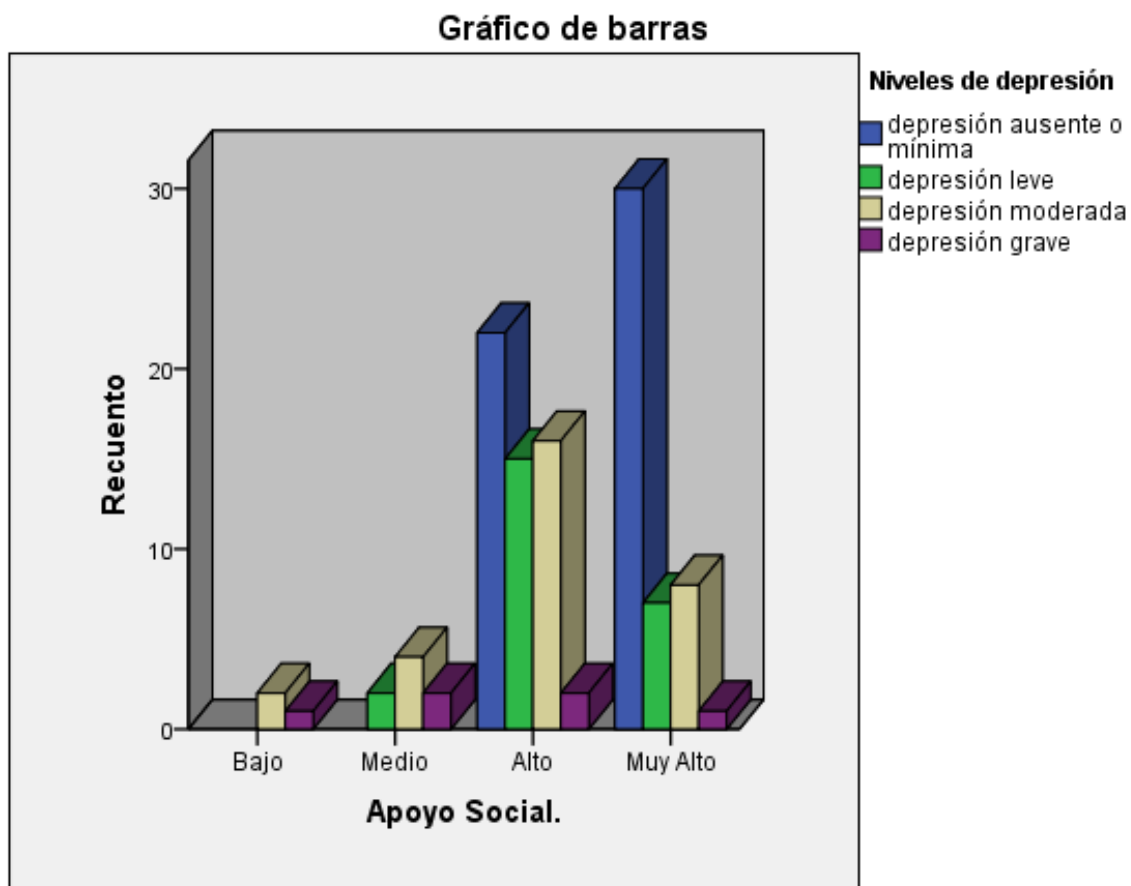


GRÁFICO ESTADÍSTICO 11.

FUENTE: MOS-SSS & BDI

VERSIÓN BREVE

AUTORA: CHÉRREZ, 2013

Interpretación:

En el gráfico se puede observar claramente la relación entre apoyo social y depresión, esta indica que a menor apoyo social percibido mayor nivel de depresión y a mayor apoyo social percibido menor nivel de depresión. Así en apoyo social “bajo” se visualiza “depresión moderada” y “grave” sin observarse ni “depresión ausente o mínima” ni “depresión leve”. Nótese que al pasar a apoyo social “medio” aparece el nivel de “depresión leve”. Al continuar con el siguiente nivel de disponibilidad de apoyo social percibido “alto” surge el nivel “depresión ausente o mínima” con 22 casos (el 40% dentro de apoyo social). Finalmente al seguir con apoyo social “muy

alto” en “depresión ausente o mínima” que corresponde al grado de deseabilidad dentro de la salud mental asciende a 30 personas (65,2%) y en el otro extremo (patología), el cual concierne a “depresión grave”, tan solo se presenta 1 caso (2,2%)

4.4 Verificación de Hipótesis.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,824 ^a	9	,001	,005	
Estadístico exacto de Fisher	25,172			,000	

a. 10 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

b. El estadístico tipificado es -4,517.

**TABLA ESTADÍSTICA 16. FUENTE: MOS-SSS & BDI VERSIÓN BREVE
AUTORA: CHÉRREZ, 2013**

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	19,319	1	19,319	24,772	,000 ^b

a. Variable dependiente: Niveles de depresión

b. Variables predictoras: (Constante), Apoyo Social.

**TABLA ESTADÍSTICA 17. FUENTE: MOS-SSS & BDI VERSIÓN BREVE
AUTORA: CHÉRREZ, 2013**

A través de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado de Pearson con el estadístico exacto de Fisher se encuentra que el apoyo social si está relacionado con la depresión [$X^2 (9, N= 112) = 25,172, p < 0.001$], además mediante una regresión lineal se encontró que el apoyo social predice la depresión [$F (1, N=112) = 24,77, p < 0.05$]

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

De la investigación realizada se concluye que:

- Influye el apoyo social sobre la depresión en pacientes adultos con cáncer, pues a mayor apoyo social percibido existe menor nivel de depresión y a menor nivel de apoyo social percibido mayor nivel de depresión.
- El apoyo social predice la depresión
- A nivel general el apoyo con el que cuentan los pacientes con cáncer, evaluado mediante MOS-SS es “muy alto” en un 49,1% y “alto” en un 41,1% lo que indica que las relaciones sociales de esta población cumplen con dar soporte general a los mismos.
- En cuanto a los tipos de apoyo conforme a su funcionalidad, los que cuentan con mayores porcentajes en percepción “muy alta” y “alta” según MOS-SS, son el “apoyo afectivo”, seguido del “apoyo instrumental”, por lo que se comprende que los pacientes consideran que cuentan con manifestaciones de cariño y amor, así como también con ayuda material y prestación de servicios por parte de su entorno. Los tipos de apoyo que cuentan con porcentajes más altos entre percepción de apoyo “medio”; “bajo” y “muy bajo” son “interacción social positiva” y “apoyo emocional/informacional” por lo que se infiere que los pacientes cuentan con menos apoyo para realizar actividades de esparcimiento y relajación en compañía de alguien, de igual forma el apoyo percibido es menor al momento de contar con alguien en quien confiar acerca de si mismos y recibir consejos.
- En cuanto a la variable depresión un poco menos de la mitad de la muestra (46,4%) presenta depresión ausente o mínima mientras que el 53,6% restante expone algún grado de depresión, siendo la moderada la que mayor porcentaje

tiene con un 26,8%, seguida de la leve con el 21,4% y finalmente la grave con un 5,4%. Es decir que los pacientes con cáncer experimentan grados de tristeza, de desesperanza e infelicidad, aislamiento, indecisión, sentimientos de culpa, cansancio, etc.

5.2 Recomendaciones.

- Se recomienda trabajar en reforzar el apoyo emocional/informacional y la interacción social positiva en pacientes oncológicos, pues estas son las áreas menormente percibidas.
- Se sugiere realizar investigaciones acerca de la dependencia o minusvalía que puede ocasionar el apoyo social en pacientes con cáncer.

CAPÍTULO VI.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA PLANTEADO

6.1 Datos Informativos.

Título:

“CREACIÓN DE GRUPOS DE APOYO PARA PACIENTES CON CÁNCER DENTRO DE LA UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA”

Institución Ejecutora: Universidad Técnica de Ambato

Beneficiarios:

Pacientes con cáncer que asisten a la unidad oncológica SOLCA Tungurahua.

Ubicación:

Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua (Av. Alfredo Coloma s/n y Enrique Sánchez Sector Izamba)

Tiempo estimado para la ejecución: 6 meses

Inicio: Febrero **Fin:** Agosto

Equipo técnico responsable:

Patricia Chérrez

Costo:

1720

6.2 Antecedentes de la Propuesta.

A nivel global se puede señalar que los grupos de apoyo y los grupos de autoayuda (los segundos difieren de los primeros al prescindir de un profesional) nacen como un sistema de cuidados alternativo a los tradicionales, en el que la comunidad y

principalmente quienes se encuentran enfrentando un problema particular buscan ser generadores de cambio, volteando su actitud pasiva en la que solo esperaban a que los profesionales sean quienes resuelvan sus problemas, a una actitud dinámica y comprometida. (Barrón, 1996)

Actualmente existen grupos de apoyo alrededor del mundo atendiendo a un sinnúmero de asuntos generalmente concernientes a minorías o grupos marginados (duelo, hipertensión, homosexualidad, alcoholismo, depresión, mujeres maltratadas, cáncer, etc.)

Concretamente esta propuesta responde al problema de investigación estudiado que tuvo por tema “Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica SOLCA-Tungurahua, en el periodo 2013.” Del cual se pudo obtener como conclusiones que:

- Influye el apoyo social sobre la depresión en pacientes adultos con cáncer, pues a mayor apoyo social percibido existe menor nivel de depresión y a menor nivel de apoyo social percibido mayor nivel de depresión.
- El apoyo social puede predecir la depresión
- A nivel general el apoyo con el que cuentan los pacientes con cáncer, evaluado mediante MOS-SS es “alto” en un 41,1% y “muy alto” en un 49,1% lo que indica que las relaciones sociales de esta población cumplen con dar soporte general a los mismos.
- En cuanto a los tipos de apoyo conforme a su funcionalidad, los que cuentan con mayores porcentajes en percepción “muy alta” y “alta” según MOS-SS, son el “apoyo afectivo”, seguido del “apoyo instrumental”, por lo que se comprende que los pacientes consideran que cuentan con manifestaciones de cariño y amor, así como también con ayuda material y prestación de servicios por parte de su entorno. Los tipos de apoyo que cuentan con porcentajes más altos entre percepción de apoyo “medio”; “bajo” y “muy bajo” son “interacción social

positiva” y “apoyo emocional/informacional” por lo que se infiere que los pacientes cuentan con menos apoyo para realizar actividades de esparcimiento y relajación en compañía de alguien, de igual forma el apoyo percibido es menor al momento de contar con alguien en quien confiar acerca de si mismos y recibir consejos.

- En cuanto a la variable depresión un poco menos de la mitad de la muestra (46,4%) presenta depresión ausente o mínima mientras que el 53,6% restante expone algún grado de depresión, siendo la moderada la que mayor porcentaje tiene con un 26,8%, seguida de la leve con el 21,4% y finalmente la grave con un 5,4%. Es decir que los pacientes con cáncer experimentan grados de tristeza, de desesperanza e infelicidad, aislamiento, indecisión, sentimientos de culpa, cansancio, etc.

Así mismo la recomendación fue:

- Trabajar en reforzar el apoyo emocional/informacional y la interacción social positiva en pacientes oncológicos, pues estas son las áreas menormente percibidas.

6.3 Justificación.

Al observar los antecedentes de la propuesta y entender la relación existente entre las dos variables, lo más acertado es trabajar sobre la variable independiente, es decir “el apoyo social”, pues esta indudablemente afectará sobre la “depresión” como ya se ha indicado en los antecedentes de esta propuesta, atenuando y en el mejor de los casos eliminándola. Resulta sumamente eficiente al aprovechar al máximo recursos humanos, temporales y espaciales, ya que al tratarse de grupos no se necesitará de varios profesionales de la salud para dirigirse a cada uno de los miembros que conformaran el grupo, así mismo, de esta forma en menor tiempo se llegará a más gente y se prescindirá de varios espacios para su ejecución

De igual manera resulta la vía de solución más práctica direccionar a la comunidad como entidad activa y generadora de cambios, utilizando así el sistema de apoyo

informal, evitando de esta forma la dependencia hacia el profesional, aunque como lo explica Villalba (1996) converge con el sistema de apoyo formal.

6.4 Objetivos.

6.4.1 Objetivo General.

Conformar grupos de apoyo para los pacientes adultos con cáncer de la unidad oncológica SOLCA Tungurahua.

6.4.2 Objetivos Específicos.

Capacitar a los miembros en la metodología de las sesiones.

Fomentar el apoyo mutuo y el autoapoyo dentro del grupo.

Entregar apoyo informacional.

Proporcionar un ambiente favorable para la interacción social positiva.

Potencializar la calidad de apoyo emocional desarrollando en los miembros la capacidad de expresión, escucha y el dar y recibir feedback.

Extender las redes sociales de los participantes a través de la creación del grupo (periodicidad en los encuentros y la permanencia.)

6.5 Análisis de Factibilidad.

La posibilidad de la aplicación de la propuesta se fundamenta en los siguientes aspectos:

Factibilidad Institucional: Siendo uno de los objetivos de SOLCA el “incrementar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la calidad de servicio.” se visualiza la actitud comprometida de esta entidad en ser generadora de bienestar en el paciente, lo cual resulta propicio para la aplicación de la presente propuesta.

Factibilidad Económica: Se dispone de los recursos económicos para llevar a cabo la ejecución de la propuesta.

Factibilidad Operativa: La propuesta se desarrollará en un ambiente organizado y las actividades a realizarse serán planificadas.

Factibilidad Legal: No tiene ningún tipo de impedimento legal, al contrario defiende el artículo 358 de la Constitución del Ecuador en el que indica que “el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva (...)” (Asamblea Constituyente, 2008)

6.6 Fundamentación Científico – Técnica.

6.6.1 Grupo de Apoyo.

Antes de definir que es un grupo de apoyo es importante puntualizar el concepto de grupo

Según Harre y Lamb “Forman un grupo dos o más personas que interactúan entre sí, comparten un conjunto de metas y normas comunes que dirigen sus actividades, y desarrollan un conjunto de roles y una red de relaciones afectivas”. (Instituto Ananda, 2013)

Los grupos de apoyo según Spiegel son “una estrategia grupal, basada fundamentalmente en el efecto protector del apoyo social, y dirigida, por tanto, básicamente a grupos de riesgo (...)” (citado por Barrón, 1996)

Katz y Bender conciben los grupos de apoyo como “grupos pequeños, formados por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua cara a conseguir un fin determinado (...) Ofrecen nuevos lazos sociales, que bien sustituyen a los recursos naturales o bien compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales, ofreciendo a los participantes nuevas relaciones sociales con personas que tienen problemas y/o experiencias comunes a las suyas” (citado por Barrón, 1996)

Nace en los miembros la autoayuda y la ayuda mutua. Siendo la autoayuda la capacidad de hacerse responsable en el cuidado de sí mismo y sus acciones, así como

de sus decisiones para responder ante las situaciones de la vida. Mientras que en la ayuda mutua los miembros se ayudan los unos a los otros de forma recíproca e igualitaria. (Villalba, 1996)

Según Riessman (1995) «El paradigma de la autoayuda tomado desde los sistemas profesionales cambiaría el objeto de intervención "persona en necesidad de ayuda" y transformaría éste en "persona que puede ayudar", reconvirtiendo la experiencia personal de sufrimiento o rehabilitación en un potencial de ayuda para sí misma y para otros». Cambiando así la dirección del trabajo profesional enfocado hacia un problema, por potencializar los recursos de los usuarios. (citado por Villalba, 1996)

Características:

- Sus miembros comparten un problema común, por lo cual existe la percepción de que este problema les hace iguales a unos y otros.
 - Todos los miembros poseen el mismo estatus, se presta particular atención a no implantar jerarquías y, si se dan, a que estas sean rotatorias y abiertas a cualquier miembro del grupo que las desee encarnar (coordinador, secretario, portavoz, etc.).
 - “Los miembros reciben y proporcionan apoyo” (deben cumplir las dos funciones necesariamente), ya que tan efectivo es recibir ayuda como proporcionarla.
 - Los grupos son intencionales y sus actividades son orientadas hacia objetivos definidos. Los objetivos son definidos de antemano y, por tanto, una serie de normas que se deben cumplir para alcanzarlos.
- Su funcionamiento es relativamente autónomo. Aunque el grupo de apoyo suele ser supervisado por un profesional. En estos grupos el profesional no opera como experto, su rol es de facilitador, en el cual es un miembro más del grupo, en concreto, con la labor de vigilar que determinados procesos (apoyo) tengan lugar. Por ello se

dice que el grupo tiene un relativo grado de autonomía, ya que es éste el que establece los objetivos y el que dirige el funcionamiento.

(Musitu, Herrero, Leonor, & Montenegro, 2004)

Funciones:

Los grupos de apoyo cumplen basicamente funciones de índole cognitiva, afectiva y conductual. Entre ellas tenemos:

Los grupos de apoyo promueven el sentimiento psicológico de comunidad, de sentirse integrado. Es decir al compartir sus experiencias, preocupaciones y sentimientos, se sienten parte de, lo que resulta muchas veces difícil en otros contextos para los miembros ya que se encuentran en crisis y no son siempre comprendidos. Surge una fuerte solidaridad grupal ya que se basan en la aceptación y cariño.

En estos grupos se fomenta que los miembros hablen entre si y expongan sus sentimientos, fracasos, problemas. Esto hace que se de la importante función de comparación social “lo que era percibido como un problema personal pasa a ser considerado como una experiencia social” Emergiendo de esta forma nuevas creencias sobre sí mismos y sobre sus problemas, mismas que resultan menos amenazantes y más positivas

Los grupos de apoyo además “ofrecen una excelente oportunidad para aprender nuevas estrategias de afrontamiento” pues se ayudan a tratar más eficazmente una situación apoyandose ante los fracasos y reforzando cualquier logro por mínimo que parezca.

Otra ventaja es que los miembros tienen gran variedad de modelos de conducta a su disposición. Las conductas positivas pueden servir de referente a imitar en el resto de miembros.

Existe una serie de funciones que se despliegan del rol donante y receptor. En el primer caso se genera autoestima, sentimientos de autovalía y autoeficacia. En el segundo caso Maton indica que los posibles beneficios son que se reduzcan los sentimientos de aislamiento, la disminución de las autoatribuciones negativas, el obtener guía e información sobre estrategias de afrontamiento, el desarrollo de una visión más realista y adaptativa a los problemas. Según este mismo autor los “ayudadores bidireccionales” (quienes han dado y recibido apoyo) son los más beneficiados. Es importante indicar que se debe propulsar a los miembros a ser “ayudadores bidireccionales”, pues como indica este mismo autor existen riesgos al recibir únicamente ayuda pues pueden aparecer sentimientos de inferioridad y de estar en deuda, del mismo modo quienes solamente se dedican a ayudar pueden verse expuestos a tener una sensación de sobrecarga. (Barrón, 1996)

6.6.2 Intervención del profesional.

Según Villalba (1996) el papel de los profesionales “ha de ser de asesoramiento, formación y apoyo de líderes y no de liderazgo o coordinación de los mismos.”

Si los miembros sienten la necesidad de capacitarse en aspectos informativos y educativos, es conveniente que sean algunos miembros del grupo, con el asesoramiento de un profesional, quienes preparen el material para informar o exponer al grupo el tema elegido.

6.6.3 Formación: Elementos a tomar en cuenta.

Composición del grupo

Se trabajara con grupos homogéneos debido a que es así que resulta mas fácil entablar empatia ya que se sienten más identificados los unos a los otros. En el caso de pacientes con cáncer se organizará los grupos según su patología y género pues es más probable que cuenten con más experiencias en común.

Frecuencia y duración de los encuentros

El grupo de apoyo tendrá una duración de seis meses, siendo el intervalo de las sesiones de una semana. Los encuentros pueden durar un par de horas, de manera que todos intervengan

6.6.4 Estructura de las sesiones.

Para Villalba (1996) a lo largo de la sesión de grupo es conveniente que se den tres momentos diferentes:

Primer momento

Ronda inicial donde cada participante comenta como se encuentra además de algun evento importante que les haya ocurrido desde la última sesión.

Segundo momento

Se puede optar por uno de los temas que hayan salido en la primera ronda y ahondar en cómo viven cada uno de los miembros situaciones cotidianas similares a ese tema o también dejar un tiempo para que cada miembro exprese lo que más le ha resonado sobre lo que el resto de miembros han expresado en la primera ronda. En esta segunda parte también se puede tratar algún tema informativo y educativo previamente solicitado por el grupo.

Tercer momento

En este punto cada miembro expresa un compromiso dirigido hacia una tarea a realizar en el intervalo de tiempo hasta la siguiente sesión. Constantemente quien coordine la sesión (miembro del grupo o profesional), deberá invitar a los participantes a la interiorización de los temas que se tratan, escuchar respetuosamente y participar sin imposición de criterios.

Contenido de las mismas

El contenido de los temas a tratar será discutido por los miembros de grupos. El facilitador, es decir el psicólogo unicamente sugerirá ciertos temas.

Tareas de liderazgo

En un principio lo normal es que lo dirija un profesional. Lo ideal es que se todos los miembros se capaciten para dirigir el grupo e incrementar así su autoestima. Los integrantes como ya se ha explicado cumplirán roles rotativos. Con respecto al liderazgo, a quien le corresponda tendrá que controlar el tiempo, estar pendiente de que todos los miembros hagan la ronda inicial y final y que la tarea del grupo no se vaya hacia teorizaciones o generalizaciones

6.6.5 Enfoque.

Como se puede apreciar los grupos de apoyo son relativamente autónomos propendiendo a una posición activa en los miembros que lo conforman. Generalmente existe una tendencia a trabajar en dichos grupos con un enfoque gestaltico pues este de igual manera encara a los miembros a que trabajen de manera activa buscando siempre el “darse cuenta de y la responsabilidad por el campo total, por el sí mismo como también por el otro, le dan significado y configuración a la vida del hombre.” (Perls, 1976)

Pautas

Villalba (1996) cita a Cá, K. y Wainer, A. (1994) quienes concideran ciertas pautas. Estas son:

- 1) Si una persona participa en un grupo de apoyo es porque tiene la necesidad de compartir su historia o condiciones con personas que viven situaciones similares. Esto lo puede expresar en el pasado pero lo que importa en los grupos de apoyo es el presente, la experiencia del ahora. Quien esté coordinando el grupo de apoyo ha de invitar a los participantes a hablar desde la vivencia presente, el «aquí y ahora». Es más importante para esta persona y para el grupo el entendimiento actual de la experiencia más que un relato minucioso de los hechos que puede ser demasiado racional o aburrido.

- 2) Las frases que se digan deben personalizarse. Una formulación impersonal suele exteriorizar y desvincular a la persona de sus actos y emociones (el objetivo es fomentar la autorresponsabilización). Ejemplo, en vez de decir «cuando una se asusta lo pasa mal» es mejor decir «cuando me asusto lo paso mal».
- 3) Ayudar a los participantes a que cambien los sustantivos y adjetivos en verbos. Por ejemplo es mejor aprender a decir «a veces me entristezco, o a veces me alegro» que afirmar «soy una persona triste o soy una persona alegre». Las primeras afirmaciones son más flexibles.
- 4) No hablar de nadie que esté ausente del grupo. Tampoco hay que hablar del grupo fuera del grupo.
- 5) No forzar a los participantes a decir algo, respetando el proceso de cada persona de comunicar lo que le pasa y cómo lo vive. Algunos elementos para que se de el apoyo emocional y la confianza en el grupo son: la escucha atenta, el respeto y sin juzgar lo que se expresa en el grupo.
- 6) Proporcionar la ayuda acudiendo a los propios medios que tienen los participantes del grupo. Para esto se desarrolla una ronda final de expresión de compromisos personales hasta la siguiente sesión de grupo.

Otras Pautas

Así mismo y aunque Perls (1976), (recordemos que es padre de la gestalt) no lo menciona de forma explícita como “pautas” sugiere maneras de expresarse que ayudan al individuo al “awareness” o darse cuenta, aquí se citan algunas.

- Sustituir el “por qué” por el “cómo”. Los por qué solo dan excusas, no respuestas.

Los miembros del grupo deben aprender el cómo de sus propias interrupciones, es decir la manera en como no se han permitido ser. Para esto deben vivenciarse interrumpiéndose y sentir los modos como lo está haciendo, para poder conectarse con su verdadero sí mismo y llegar hasta las actividades que quiere realizar.

- Los miembros no se verán a sí mismos pasivamente trasladando del pasado, se debe introducir la mentalidad de responsabilidad, diciéndose para si “yo me estoy evitando a mi mismo” ¿Cómo lo hago? ¿de qué me estoy impidiendo a mí mismo?
- “Ahora me doy cuenta...” Es la frase central que utilizarán los miembros al inicio y trascurso de las sesiones y no tan sólo en palabras sino que en espíritu.

El “yo” se usa como antídoto del “it” (“eso” es decir con los términos que los empleamos de manera despersonalizada, cuando en realidad deberían usarse como uno mismo o parte de nosotros), desarrollando el sentimiento de responsabilidad sobre los propios sentimientos, pensamientos y síntomas del individuo.

El “soy” es un símbolo existencial que argumenta lo que vivencia como formando parte de su ser y que con su ahora, es su llegar a ser. Rápidamente aprendemos que cada nuevo “ahora” es distinto del anterior.

A través del “me doy cuenta” el individuo alcanza un sentido de sus propias capacidades, de sus habilidades y de su equipamiento sensorio e intelectual. El repetir “me doy cuenta” brinda algo además que lo puramente consciente. Al trabajar con lo que el paciente tiene, es decir sus medios de manipulación actuales en lugar de aquellos que no ha desarrollado o ha perdido, se le brinda al paciente y al profesional la mejor perspectiva de sus recursos actuales porque el darse cuenta siempre transcurre en el presente. Abre nuevas posibilidades de acción.

(Perls, 1976)

6.6.6 Técnicas dinámicas grupales.

Dentro del grupo de apoyo será indispensable el uso de ciertas técnicas para cada momento de las sesiones. Estas técnicas dinámicas son herramientas metodológicas desarrolladas a través de la planificación de una serie de actividades para llevar a

cabo procesos de enseñanza-aprendizaje, en los que los individuos forman parte activa del proceso. Estas técnicas son variadas según su finalidad, el contexto, características del grupo, etc.

A continuación se citan algunas descritas por Raquel Bermudez que pueden ser utilizadas dentro del grupo según el criterio del coordinador (Bermudez, Pérez, & Lorenzo, 2010):

Técnicas de presentación.

Cuyo objetivo principal es que los miembros del grupo se conozcan desde diferentes perspectivas y animar la dinámica del grupo.

Ejemplo:

Fiesta de presentación.- En la que los miembros caminan libremente presentandose entre si dialogando. Para despedirse lo harán con una frase cortés.

Otras técnicas: presentación por parejas; baile de presentación; presentación por fotografía; etc.

Técnicas de animación.

Su objetivo es establecer un ambiente fraterno y de confianza mediante la participación máxima de los miembros del grupo en las actividades y lógicamente animar al grupo.

Ejemplo:

El correo.- Se hace un círculo con todas las sillas excepto con una, un miembro se para dentro del círculo, este debe decir “traigo una carta para todos los compañeros que...” nombrando una característica, las personas con esa característica se deben cambiar de puesto, entre tanto quien está en el centro debe buscar sentarse. Quien se queda sin sitio debe repetir el ejercicio, esto se repite varias veces hasta conseguir animar al grupo.

Otras técnicas: mar adentro y mar afuera; el cuento vivo; el pueblo manda; etc.

Técnicas para trabajar contenido temático.

Permite trabajar las temáticas en las distintas sesiones por el grupo. Su selección dependerá de los objetivos trazados por el grupo para dicha sesión.

Ejemplo:

Lluvia de ideas.- El objetivo de esta técnica es unificar las ideas o conocimientos que cada participante tiene sobre un tema y llegar a una síntesis o acuerdos comunes.

Para esto el coordinador hará una pregunta clara expresando el objetivo que se busca. Todos los participantes deben decir por lo menos una idea. El coordinador va anotándolas en la pizarra. Posteriormente, se discute para escoger las ideas que resumen la opinión de la mayoría del grupo.

Otras técnicas: lectura comentada; debate dirigido; técnica expositiva; etc.

Técnicas de cierre.

Estas técnicas sirven para evaluar si los fines que se trazaron en un principio se cumplieron. Pueden hacerse tanto al final de cada sesión como al final de una etapa.

Ejemplo:

El espacio catártico.- Permite que cada miembro del grupo exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupalmente, sus sentimientos y emociones así como también sirve para que el coordinador valore el impacto del trabajo grupal en cada uno de sus miembros.

Para su ejecución se necesita tres sillas. El coordinador coloca las sillas en hilera y le plantea al grupo que cada uno debe sentarse sucesivamente en cada silla y expresar sus vivencias. En la primera silla se expresa "Cómo llegue", en la siguiente

"Cómo me sentí durante la sesiones" y en la última "Cómo me voy". Cada miembro debe pasar por el espacio catártico y expresar sus vivencias.

Otras técnicas: el completamiento de frases; el PNI (positivo, negativo, interesante); la palabra clave; etc.

6.6.7 Desarrollo del acompañamiento del grupo por fases.

Las siguientes fases son descritas por Villalba (1996). Es aconsejable que el acompañamiento del profesional al grupo no sea mayor a seis meses para que realmente llegue a funcionar con autonomía y con las bases de la autoayuda. Por ello el acercamiento del profesional al grupo cada vez será menor como se expone a continuación:

PRIMERA FASE

Cuyo objetivo principal es dar a conocer a los miembros del grupo de apoyo las bases históricas y teóricas de la autoayuda y las pautas de las sesiones, así como crear en el grupo las normas y lemas del mismo. El profesional deberá reunirse con los miembros más motivados para empezar el grupo y tener al menos cuatro sesiones de trabajo donde se forme a estos miembros acerca de los temas antes mencionados. En esta primera fase algunos miembros pueden que decidan no pertenecer al grupo porque su idea acerca del mismo era otra. Por esto la importancia aclarar desde el inicio en que consiste un grupo de apoyo. En esta fase el profesional hace el contrato con el grupo inicial. Todo debe quedar por escrito en una carpeta del grupo. El profesional en esta fase cumple fundamentalmente un rol informativo y formativo. Esta fase puede durar un mes, siendo una sesión por semana. Ubicación física:

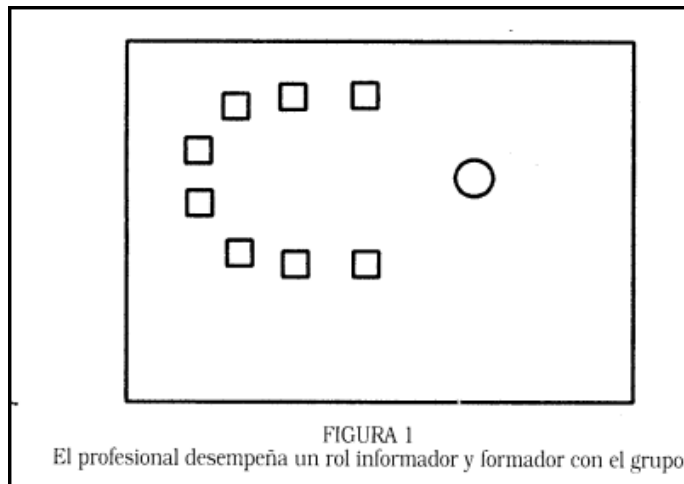


GRÁFICO 5. FUENTE: VILLALBA, 1996

SEGUNDA FASE

Consiste en estar presente en las sesiones de grupo al menos tres meses, es decir doce sesiones. El objetivo en esta fase se centra en la práctica de la metodología de autoayuda enseñando a cada miembro y al grupo en general a comunicarse con las pautas metodológicas de la gestalt antes descritas. Se trata de la fase más delicada de todo el acompañamiento puesto que el grupo puede esperar del profesional respuestas que le corresponden a ellos mismos, o tener otras expectativas. Pueden además aparecer conflictos entre algunos miembros del grupo así como de roles prejuicio, estereotipo etc. El rol principal del profesional en esta fase es también formativo pero utilizando técnicas de Yo auxiliar y modelaje. El profesional debe «estar detrás de la persona que habla», poniendo las manos sobre sus hombros, si se considera que esto le ayudará a comunicar lo que está diciendo. Con esta posición a más de dar apoyo al miembro en cuestión el profesional que acompaña deja en claro que no es un miembro ni un coordinador del mismo sino un asesor y colaborador. En esta fase el profesional puede interrumpir a la persona que esté hablando y orientarle sobre su manera de comunicar al grupo (decirle que personalice más, que no hable de personas ausentes, que no sea racional, que hable un poco más o que de tiempo para hablar a los otros, etc.). El profesional de acompañamiento debe ayudar a los miembros a

explicitar de forma precisa las tareas que cada uno se va a formular al momento de comunicar los compromisos individuales. Ubicación física:

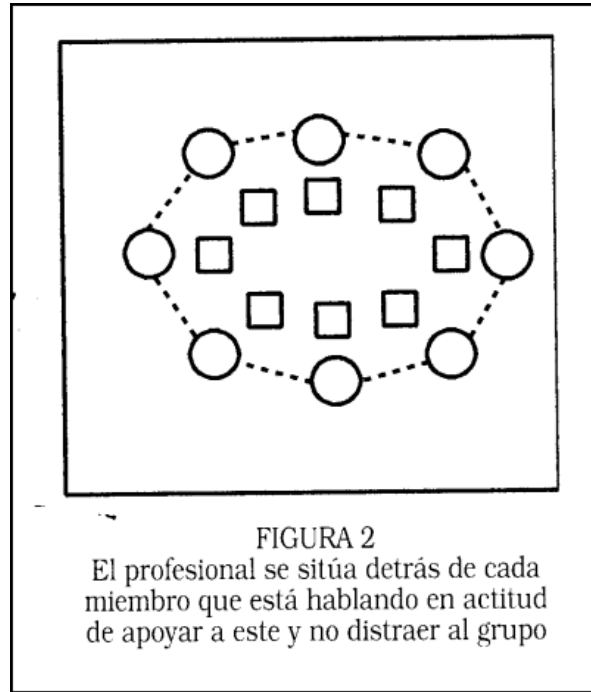


GRÁFICO 6. FUENTE: VILLALBA, 1996

TERCERA FASE

Puede durar un mes. El profesional cumple el papel únicamente de observador, tomando nota sobre si se incumple las pautas instituidas, fijándose si hay una predisposición marcada al liderazgo o a la exclusión de algún miembro y ante todo poniendo atención sobre el miembro que está coordinando ese día la sesión. En esta fase el objetivo del grupo es manejar la sesión sin la presencia cercana ni participación del profesional de acompañamiento. Al finalizar las sesiones hará algunos comentarios acerca de lo que le ha parecido el contenido y la metodología de la sesión dando especial atención al miembro que coordinó el grupo. Ubicación física:

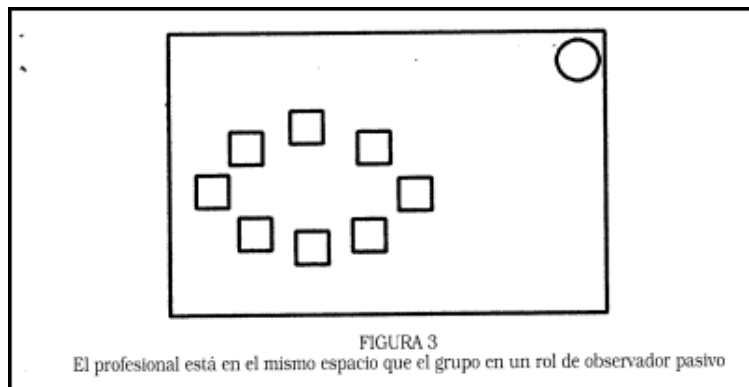


GRÁFICO 7. FUENTE: VILLALBA, 1996

CUARTA FASE

Esta fase duraría otro mes, el grupo hace las sesiones sin la presencia del profesional en la sala, la única relación que mantiene con este es la de supervisión, misma que puede hacerse con la persona que haya coordinado la sesión o con todo el grupo. El objetivo de esta fase es que el grupo se entrene para funcionar totalmente por sí mismo. El profesional desempeñaría el rol de supervisor externo y asesor para pasar en el período siguiente al acompañamiento grupal a ser figura de apoyo. Ubicación física:

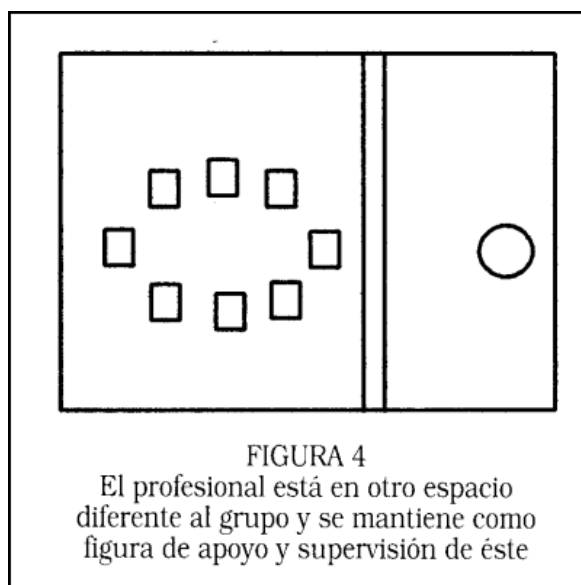


GRÁFICO 8. FUENTE: VILLALBA, 1996

El siguiente gráfico explica a manera general las fases de acompañamiento profesional a los grupos de apoyo:

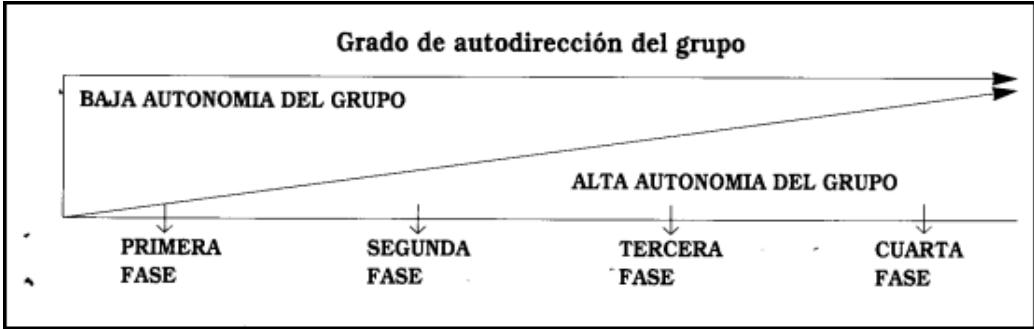


GRÁFICO 9. FUENTE: VILLALBA, 1996

(Villalba, 1996)

6.7 Metodología: Modelo Operativo.

FASE PRELIMINAR

ETAPA	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Promoción del grupo de apoyo	Dar a conocer a la comunidad oncológica la próxima apertura del grupo.	Elaboración de anuncios, folletos y trípticos Colocar los anuncios en sitios estratégicos, de fácil visualización para los pacientes de la unidad Entregar folletos y trípticos	Ordenador Impresora Papel couche Cinta adhesiva	Patricia Chérrez	Tres semanas
Entrevista inicial	Selección de miembros para formar un grupo homogéneo.	Recepción y Saludo Recopilación de datos básicos, establecimiento de rapport y empatía Determinar si es un miembro apto o no y explicación de conclusiones Despedida	Instalaciones	Patricia Chérrez	Una semana

TABLA 4. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

PRIMERA FASE (El profesional desempeña un rol informador y formador del grupo)

ETAPA	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Bienvenida y presentación	Generar rapport y conocimiento mutuo entre los miembros	Técnicas de presentación.	Instalaciones	Patricia Chérrez	Una sesión por semana en el trayecto de un mes.
Introducción de bases históricas y pautas metodológica del grupo	Lograr una clara comprensión de lo que se tratan los grupos de apoyo en los miembro. Despejar dudas y confusión	Charla explicativa	Instalaciones, material de apoyo.	Patricia Chérrez	
Establecimiento de normas y lemas del grupo.	Generar compromiso real entre los miembros ante la conformación de grupo.	Lluvia de ideas.	Instalaciones, pizarrón, marcadores.	Patricia Chérrez Miembros del grupo.	

TABLA 5. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

SEGUNDA FASE (el profesional desempeña un rol formativo)

ETAPA	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Ronda inicial	Crear el sentimiento psicológico de comunidad. Fomentar apoyo mutuo. Principalmente emocional y afectivo.	Comentar como se encuentra cada miembro. Feedback	Instalaciones	Patricia Chérrez	Una sesión por semana en el transcurso de dos meses
Recreación.	Generar interacción social positiva.	Técnicas de animación o fantasías dirigidas.	Instalaciones	Patricia Chérrez	
Entrenamiento en la práctica metodológica de autoayuda	Ir construyendo en los miembros autonomía para que posteriormente sean ellos quienes lideren el grupo sin el acompañamiento del profesional.	Técnicas de Yo auxiliar y modelaje	Instalaciones	Patricia Chérrez	
Desarrollo del tema a tratar.	Conseguir que los miembros adquieran apoyo informacional	Técnicas para trabajar contenido temático.	Instalaciones Material de apoyo Pizarrón, marcadores.	Patricia Chérrez Miembros del grupo.	
Cierre y compromiso	Fomentar en los miembros una actitud activa y responsable, en el grupo y fuera de este.	Técnicas de cierre. Manifestación de compromiso individual.	Instalaciones	Patricia Chérrez	

TABLA 6. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

TERCERA FASE (El profesional ocupa el rol de observador pasivo.)

ETAPA	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Ronda inicial	Fortificar el sentimiento psicológico de comunidad. Continuar proporcionándose apoyo mutuo.	Comentar como se encuentra cada miembro. Feedback	Instalaciones	El coordinador y grupo.	Una sesión por semana en el transcurso de un mes.
Recreación.	Generar interacción social positiva.	Técnicas de animación o fantasías dirigidas.	Instalaciones	El coordinador y grupo.	
Práctica metodológica de autoayuda y correcciones.	Desarrollar en los miembros autonomía, autoeficacia y autoestima.	Técnicas de Yo auxiliar y modelaje	Instalaciones	El coordinador, grupo y el profesional.	
Desarrollo del tema a tratar.	Conseguir que los miembros adquieran apoyo informacional	Técnicas para trabajar contenido temático.	Instalaciones Material de apoyo Pizarrón, marcadores.	El coordinador y grupo.	
Cierre y compromiso	Fomentar en los miembros una actitud activa y responsable, en el grupo y fuera de este.	Técnicas de cierre. Manifestación de compromiso individual.	Instalaciones	El coordinador y grupo.	

TABLA 7. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

CUARTA FASE (El profesional está en otro espacio y se mantiene como figura de apoyo y supervisión)

ETAPA	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Ronda inicial	Fortificar el sentimiento psicológico de comunidad. Continuar proporcionándose apoyo mutuo.	Comentar como se encuentra cada miembro. Feedback	Instalaciones	El coordinador y grupo.	Una sesión por semana en el transcurso de
Recreación.	Generar interacción social positiva o toma de consciencia y relajación	Técnicas de animación o fantasías dirigidas.	Instalaciones	El coordinador y grupo.	un mes.
Práctica metodológica de autoayuda.	Desarrollar en los miembros autonomía, autoeficacia y autoestima.	Técnicas de Yo auxiliar y modelaje	Instalaciones	El coordinador y grupo.	
Desarrollo del tema a tratar.	Conseguir que los miembros adquieran apoyo informacional	Técnicas para trabajar contenido temático.	Instalaciones Material de apoyo Pizarrón, marcadores.	El coordinador y grupo.	
Cierre y compromiso	Fomentar en los miembros una actitud activa y responsable, en el grupo y fuera de este.	Técnicas de cierre. Manifestación de compromiso individual.	Instalaciones	El coordinador y grupo.	
Supervisión	Mejorar desarrollo del grupo y desenvolvimiento del coordinador	Guiar al coordinador del grupo.	Instalaciones	El profesional y coordinador.	

TABLA 8. AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

6.8 Administración de la Propuesta.

Administración de la propuesta

Recursos Institucionales:

- Universidad Técnica de Ambato.
- Unidad Oncológica SOLCA-Tungurahua.

Recursos Humanos:

- Tutor: Dra. Nancy Betancourt.
- Coordinador: Patricia Chérrez G.

Presupuesto:

Items	Valor
Instalaciones	0
Impresiones	200
Copias	100
Material didáctico	100
Material de oficina	100
Salarios	1120
Imprevistos	100
Total:	1720

TABLA 9.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

CRONOGRAMA

N.-	Meses	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
	y semanas	2014	2014	2014	2014	2014	2014	2014
Actividades								
1	Fase Preliminar							
2	Primera Fase							
3	Segunda Fase							
4	Tercera Fase							
5	Cuarta Fase							

TABLA 10.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACION
¿Qué evaluar?	Apoyo social percibido Depresión
¿Por qué evaluar?	Para conocer los niveles de depresión y percepción de apoyo social
¿Para qué evaluar?	Para determinar la eficacia del proyecto
¿Con que criterios?	Eficacia, efectividad y coherencia
Indicadores	Incremento de la percepción de apoyo social y disminución de los niveles de depresión.
¿Quién evalúa?	El investigador
¿Cuándo evaluar?	Agosto
¿Cómo evaluar?	Aplicación de MOS y BDI versión breve
Fuentes de información	Pacientes miembros del grupo de apoyo
¿Con que evaluar?	Test (MOS-SSS) Inventario de Depresión de Beck versión breve

TABLA 11.

AUTORA: CHÉRREZ, 2013.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Antillon, J. J. (1991). *EL CANCER Fundamentos de Oncología*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos Teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Bermudez, R., Pérez, & Lorenzo. (2010). *La facilitación de la dinámica grupal en la educación*. La Habana: Instituto Superior Pedagógico para la Educación Técnica y Profesional.
- Castanedo, C. (2003). *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt*. Madrid: Herder.
- Cavalli, F. (2012). *Cáncer El gran desafío*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Diaz, G., & Juan, Y. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *13* (1 - 2010).
- Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Estadounidense de Investigación sobre el Cáncer. (2007). *Alimentos, nutrición, actividad física, y la prevención del cáncer: una perspectiva mundial*. Washington, D.C: AICR.
- García, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Bousoño, M., & Bobes, J. (2005). *Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de psiquiatría clínica 4.a EDICIÓN*. Oviedo: Ars Medica.
- Herrera E, L., Medina F, A., & Naranjo L, G. (2008). *Tutoría de la investigación científica*. Ambato.
- Herrero, J. (2004). Redes sociales y apoyo social. En G. Musitu, J. Herrero, C. Leonor, & M. Marisela, *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UCO.
- Hospital Provincial Docente Ambato. Departamento de Estadística y Registros Médicos. (2012). *Veinte principales causas de morbilidad de consulta externa. Psicología Clínica Total anual*.

- López, A. E. (2012). *Investigación y tratamientos psicológicos aplicados al ámbito de la salud y la*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Microsoft® Encarta®. (2009). Cáncer (medicina). *Introducción*.
- Montenegro, M. (2004). Comunidad y bienestar social. En G. Musitu, H. Juan, L. Cantera, & M. Montenegro, *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UCO.
- Musitu, G., Herrero, J., Leonor, C., & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Ed. UCO.
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. (1992). *CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Paredes, M. V. (2010). *El tratamiento para el cáncer y los trastornos depresivos*.
- Roa, A. (1980). *ENFERMEDADES MENTALES Psicología y Clínica*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Segarra, R., & Eguiluz, I. (2004). *Introducción a la psicopatología*. Madrid: ARS Medica.
- Subdirección de Prevención y Protección a la Salud de la Subdirección General Médica de los Estados Unidos Mexicanos. . (2008). *Guía Técnica para la Integración de Grupos de Ayuda Mutua*. México DF.
- Trull, T., & Jerry, E. (2003). *Psicología clínica conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión, 6 edición*. Thomson.
- Vallejo, J. (2002). Trastornos depresivos. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Varela Montero, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., & Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en los adultos. En V. Caballo, *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Piramide (Grupo Anaya, S.A).

Linkografía

- Asamblea Constituyente. (2008). Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Dr. Julio Enrique Paredes C." - Unidad Oncológica Solca Tungurahua. (2010). *Qué es cáncer? Descripción*. Obtenido de <http://www.solcatungurahua.org/pagina.php?id=3&id1=6&submenuheader=0>
- El comercio.com. (27 de Octubre de 2012). *La fe, el antídoto para enfrentar el cáncer*. Obtenido de http://www.elcomercio.com/sociedad/historias-valor-frente-cancer-mama_0_799120247.html
- Fundación Grünenthal. (Septiembre de 2006). *Dolor Oncológico. Reunión de Expertos*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/132321317/54511201-Dolor-Oncologico>
- García Vega, M. (2010). *Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en <http://www.tdx.cat/handle/10803/48145>
- Hospital Oncológico de SOLCA - Núcleo Quito . (2008). *Voluntariado*. Obtenido de http://www.solcaquio.org.ec/site/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=25&Itemid=50
- IESM; OMS. (2008). *Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Infocop. (4 de Febrero de 2011). "La atención psicológica a los pacientes de cáncer y sus familiares sigue siendo muy insuficiente". Recuperado el 3 de Febrero de 2013, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3310
- Instituto Ananda. (24 de Agosto de 2013). *Psicología. Psicoterapia*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2013, de <http://institutoananda.es/grupo1/>

Instituto Nacional del Cáncer de los Istitutos Nacionales de la Salud de los EE.UU. (29 de Marzo de 2013). Obtenido de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/healthprofessional>

Ministerio de Salud Pública . (2012). *Anuario de vigilancia epidemiológica 1994-2012*. Obtenido de Comportamiento Humano: http://public.tableausoftware.com/views/comportamiento/CASOSPORA0?:embed=y&:display_count=no

Ministerio de Salud Pública. (27 de Octubre de 2012). *El Ministerio de Salud comprometido en la lucha contra el cáncer de mama*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-comprometido-en-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama/>

Vistazo. (2009). *Ecuador y su lucha*. Obtenido de <http://www.vistazo.com/ea/vidamoderna/imprimir.php?Vistazo.com&id=3668>

Voluntariado de SOLCA. (12 de Noviembre de 2011). *Ayuda silenciosa a los más necesitados*. (La Hora) Obtenido de <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101234504/-1/Ayuda%20silenciosa%20a%20los%20m%C3%A1s%20necesitados.html#.UW2p9Mq4ZNq>

Citas Bibliográficas-Base de Datos UTA

SCIELO: de Paula, J., & Megumi, H. (2012). *Síntomas del depresión en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento radioterápico: un estudio prospectivo.*

Recuperado el 11 de octubre de 2013, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200020&lang=pt

SCIELO: Juver, J. P., & Verçosa, N. (2008). *Depresión en pacientes con dolor en el cáncer avanzado.* Recuperado el 13 de febrero de 2014, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942008000300012&lang=pt

E-LIBRO: Madrid., Colegio oficial de psicólogos de. (2009). *Clínica y Salud.* Recuperado el 6 de enero de 2014, de

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10306852&p00=fundaci%C3%B3n%20gr%C3%BCnenthal.%20dolor%20oncol%C3%B3gico>

SCIELO: Sanchez, K. d., Ferreira, N. M., Dupas, G., & Costa, D. B. (2010). *Apoyo social a la familia del paciente con cáncer: identificando caminos y cursos.* Recuperado el 9 de Enero de 2014, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200019&lang=pt

E-LIBRO: Villalba, C. (Septiembre de 1996). *Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional.* Recuperado el 17 de diciembre de 2013, de

<http://site.ebrary.com/lib/utasp/search.action?p00=los+grupos+de+autoayuda+basados+en+la+autoayuda&fromSearch=fromSearch>

Anexos

Anexo N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la presente investigación y a la utilización que se realizaría de sus datos así como los resultados de participación. Léalo atentamente y consulte con la investigadora todas las dudas que se le planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INVESTIGACION

El tema de esta investigación es “Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la Unidad Oncológica SOLCA-Tungurahua, en el periodo 2013”

Sus objetivos son determinar la influencia del apoyo social sobre la depresión.

Identificar los niveles y tipos de apoyo social percibido.

Investigar el tipo de depresión con mayor prevalencia en los pacientes de esta Unidad.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con el fin de alcanzar los objetivos mencionados y desarrollar posteriormente una propuesta de solución, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención usted desea dejar de participar está en la libertad de hacerlo.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña.....he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la investigación y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines investigativos

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar.

En Ambato, a..... de..... de 2013

Firmado:

Don/Dña. _____

(El/la usuario/a)

C.I. _____

Anexo N° 2

Datos personales del encuestado

Estimado usuario el siguiente cuestionario es con el objetivo de conocer el apoyo social que recibe durante su enfermedad, así como también su estado anímico. Su respuesta es confidencial. Agradezco mucho su participación

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil:

Nivel de educación:

Diagnóstico:

Anexo N° 3

Inventario de Depresión de Beck (versión breve).

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

<p>1).</p> <p><input type="radio"/> No me encuentro triste</p> <p><input type="radio"/> Me siento triste o melancólico</p> <p><input type="radio"/> Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo</p> <p><input type="radio"/> Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo</p>	<p>6).</p> <p><input type="radio"/> No me siento decepcionado conmigo mismo</p> <p><input type="radio"/> Estoy decepcionado conmigo mismo</p> <p><input type="radio"/> Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p><input type="radio"/> Me odio</p>
<p>2).</p> <p><input type="radio"/> No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro</p> <p><input type="radio"/> Me siento desanimado respecto al futuro</p> <p><input type="radio"/> No tengo nada que esperar del futuro</p> <p><input type="radio"/> No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar</p>	<p>7).</p> <p><input type="radio"/> No tengo pensamientos de dañarme</p> <p><input type="radio"/> Creo que estaría mejor muerto</p> <p><input type="radio"/> Tengo planes precisos para suicidarme</p> <p><input type="radio"/> Me mataría si tuviera ocasión</p>
<p>3).</p> <p><input type="radio"/> No me siento fracasado</p> <p><input type="radio"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas</p> <p><input type="radio"/> Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos</p> <p><input type="radio"/> Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)</p>	<p>8).</p> <p><input type="radio"/> No he perdido el interés por los demás</p> <p><input type="radio"/> Estoy menos interesado en los demás que antes</p> <p><input type="radio"/> He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos</p> <p><input type="radio"/> He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto</p>
<p>4).</p> <p><input type="radio"/> No estoy particularmente descontento</p> <p><input type="radio"/> No disfruto de las cosas como antes</p> <p><input type="radio"/> No encuentro satisfacción en nada</p> <p><input type="radio"/> Me siento descontento de todo</p>	<p>9).</p> <p><input type="radio"/> Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes</p> <p><input type="radio"/> Trato de no tener que tomar decisiones</p> <p><input type="radio"/> Tengo grandes dificultades para tomar decisiones</p> <p><input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones</p>
<p>5).</p> <p><input type="radio"/> No me siento particularmente culpable</p> <p><input type="radio"/> Me siento malo o indigno muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Me siento culpable</p> <p><input type="radio"/> Pienso que soy muy malo e indigno</p>	<p>10).</p> <p><input type="radio"/> No creo que mi aspecto haya empeorado</p> <p><input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo</p> <p><input type="radio"/> Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo</p> <p><input type="radio"/> Siento que mi aspecto es feo y repulsivo</p>

<p>11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Puedo trabajar igual de bien que antes <input type="radio"/> Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo <input type="radio"/> Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo realizar ningún trabajo 	<p>13).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mi apetito no es peor de lo normal <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho peor <input type="radio"/> He perdido el apetito
<p>12).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No me canso más que antes <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Me canso por cualquier cosa <input type="radio"/> Me canso demasiado por hacer cualquier cosa 	

Anexo N° 4

Cuestionario de apoyo social MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n. ° de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5