



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ENTRE LAS EDADES DE
30 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO JULIO ENRIQUE
PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autor: Charvet Jiménez, María del Carmen

Tutor: Añazco Lalama, Ángel Santiago

Ambato – Ecuador

Febrero, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ENTRE LAS EDADES DE 30 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO JULIO ENRIQUE PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA”, de María del Carmen Charvet 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, Noviembre 2015

EL TUTOR

.....

Añazco Lalama, Ángel Santiago

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Trabajo de Investigación “**DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ENTRE LAS EDADES DE 30 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO JULIO ENRIQUE PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Noviembre 2015

LA AUTORA

.....

Charvet Jiménez, María del Carmen

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 ponga en ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre 2015

LA AUTORA

.....
Charvet Jiménez, María del Carmen

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ENTRE LAS EDADES DE 30 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO JULIO ENRIQUE PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA”**, de María del Carmen Charvet, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Febrero 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Esta investigación se la quiero dedicar a las personas más importantes de mi vida, mi familia, mis padres, mi hermano, mis tíos, mis primos y mis queridos abuelos, pues gracias a su amor y constancia he sido capaz de culminar los proyectos que me he propuesto en la vida.

Además, quiero dedicar mi investigación a quienes creyeron en mí, y me lo demostraron en cada ocasión, mis estimados profesores de la Universidad y mis tutores en los centros donde realice mis prácticas pre profesionales, aquellos que me enseñaron tantas cosas, las que llevo siempre conmigo.

A mis amigos queridos, que más que amigos y compañeros de aula, son realmente mis hermanos, parte fundamental de mi vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer infinitamente a Dios, quien ha sido incondicional para mí, él ha sido mi guía, mi luz, mi acompañante fiel en cada paso de mi vida.

Quiero agradecer de igual manera a mis padres, quienes pacientemente estuvieron en cada uno de estos años de preparación, siempre brindándome su apoyo y comprensión, desde el inicio hasta la culminación de esta etapa tan hermosa.

A toda mi familia quienes siempre han sido parte de mí, así como de mis éxitos y desaciertos, alentándome y brindándome la ayuda desinteresada en momentos oportunos.

Como no agradecer a quienes formaron parte de mi todo este tiempo, quienes llenaron de enseñanza, alegría y satisfacción cada momento, quienes me dieron las más grandes lecciones, ellos mis queridos maestros.

Finalmente quiero dirigir un sincero y especial agradecimiento a una distinguida institución, el Hospital Julio Enrique Paredes de la ciudad de Ambato, por permitirme llevar a cabo mi investigación en tan noble Institución.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A. PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	xvi

INTRODUCCIÓN	2
--------------------	---

B. TEXTO

CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento De Problema	3
1.2.1 Contextualización	3
1.2.2 Análisis Crítico	10
1.2.3 Prognosis.....	10
1.2.4 Formulación Del Problema.....	12
1.2.5 Preguntas Directrices	12
1.2.6 Delimitación Temporal	13
1.2 Justificación.....	13
1.4 Objetivos	14

1.4.1 Objetivo General.....	14
1.4.2 Objetivos Específicos	15
<hr/>	
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Antecedentes Investigativos	16
2.2 Fundamentación Filosófica	19
2.3 Fundamentación Epistemológica.....	19
2.4 Fundamentación Oncológica.....	20
2.5 Fundamentación Axiológica.....	20
2.6 Fundamentación Psicológica.....	20
2.8 Fundamentación Legal	22
2.6. Categorías Fundamentales.....	26
2.7 Fundamentación Teórica De Variables	29
2.8 Hipótesis	99
2.9 Señalamiento De Variables De La Hipótesis	99
CAPÍTULO III.....	101
METODOLOGÍA	101
3.1. Enfoque	101
3.2. Modalidad Básica De La Investigación.....	101
3.2.1. Investigación de Campo.....	101
3.2.2. Investigación documental – bibliográfica.....	102
3.3 Nivel o Tipo De Investigación	102
3.3.1 Investigación Exploratoria.....	102
3.3.2 Investigación Descriptiva	102
3.3.3 Investigación Asociación de variables.....	103
3.3.4 Investigación Explicativa.....	103
3.4 Población Y Muestra	104
3.5 Operacionalización De Variables	105

3.6. Técnica e Instrumentos.....	109
3.7. Plan De Recolección De Información	113
3.6 Plan De Procesamiento De La Información	114
CAPÍTULO IV	115
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	115
4.1 Análisis E Interpretación	115
4.1.1 Escala De Hamilton Para La Evaluación De La Depresión (Hamilton) (Ham-D).....	117
4.1.2 Escala Autoaplicada De Adaptación Social.....	159
4.2. Interpretación De Resultado	199
4.3. Verificación De Hipótesis	198
CAPÍTULO V	201
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	201
5.1. Conclusiones	201
5.2. Recomendaciones	203
CAPÍTULO VI.....	204
PROPUESTA DE SOLUCIÓN	204
6.1. Datos Informativos:	204
6.2. Antecedentes	206
6.3. Justificación.....	207
6.4. Objetivos	208
6.5. Fundamentación Científica.....	208
Introducción	208
6.6 Metodología Plan De Acción	229
6.7. Metodología – Modelo Operativo	235
6.8. Plan De Monitoreo	249

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	250
Bibliografía.....	250
Linkografía	252
Citas Bibliográficas Base De Datos Uta.....	252
Anexos	258

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1	105
TABLA N°2	107
TABLA N°3	113
TABLA N°4	115
TABLA N°5	117
TABLA N°6	119
TABLA N°7	121
TABLA N°8	123
TABLA N°9	125
TABLA N°10	127
TABLA N°11	129
TABLA N°12	131
TABLA N°13	133
TABLA N°14	135
TABLA N°15	137
TABLA N°16	139
TABLA N°17	141
TABLA N°18	143
TABLA N°19	145
TABLA N°20	147
TABLA N°21	149
TABLA N°22	151
TABLA N°23	153
TABLA N°24	155
TABLA N°25	157
TABLA N°26	159
TABLA N°27	161
TABLA N°28	163
TABLA N°30	165

TABLA N°31	167
TABLA N°32	169
TABLA N°33	171
TABLA N°34	173
TABLA N°35	175
TABLA N°36	177
TABLA N°37	179
TABLA N°38	181
TABLA N°39	183
TABLA N°40	185
TABLA N°41	177
TABLA N°42	189
TABLA N°43	191
TABLA N°44	193
TABLA N°45	195
TABLA N°46	197
TABLA N°47	199
TABLA N°48	201
TABLA N°49	198
TABLA N°50	199
TABLA N°51	199
TABLA N°52	235
TABLA N°53	237
TABLA N°54	239
TABLA N°55	240
TABLA N°56	242
TABLA N°57	244
TABLA N°58	245
TABLA N°59	249
TABLA N°60	250

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	9
GRÁFICO N° 2	26
GRÁFICO N° 3	27
GRÁFICO N° 4	28
GRÁFICO N°5	116
GRÁFICO N°6	118
GRÁFICO N°7	120
GRÁFICO N°8	122
GRÁFICO N°9	124
GRÁFICO N°10	126
GRÁFICO N°11	128
GRÁFICO N°12	130
GRÁFICO N°13	132
GRÁFICO N°14	134
GRÁFICO N°15	136
GRÁFICO N°16	138
GRÁFICO N°17	140
GRÁFICO N°18	142
GRÁFICO N°19	144
GRÁFICO N°20	146
GRÁFICO N°21	148
GRÁFICO N°22	150
GRÁFICO N°23	152
GRÁFICO N°24	¡Error! Marcador no definido.
GRÁFICO N°25	156
GRÁFICO N°26	158
GRÁFICO N°27	160

GRÁFICO N°28	162
GRÁFICO N°29	164
GRÁFICO N°31	166
GRÁFICO N°32	168
GRÁFICO N°33	170
GRÁFICO N°34	171
GRÁFICO N°35	174
GRÁFICO N°36	176
GRÁFICO N°37	177
GRÁFICO N°38	180
GRÁFICO N°39	182
GRÁFICO N°40	184
GRÁFICO N°41	186
GRÁFICO N°42	188
GRÁFICO N°43	190
GRÁFICO N°44	192
GRÁFICO N°45	194
GRÁFICO N°46	196
GRÁFICO N°47	198
GRÁFICO N°48	201
GRÁFICO N°49	203
GRÁFICO N°50.....	200

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ENTRE LAS EDADES DE
30 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO JULIO ENRIQUE
PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA”**

Autora: Charvet Jiménez, María del
Carmen

Tutor: Añazco Lalama, Ángel Santiago

Fecha: Noviembre, 2015

RESUMEN

El presente trabajo investigativo procuró demostrar la influencia de la depresión en la adaptación social de pacientes con diagnóstico de cáncer que comprendieron las edades entre los 30 y 60 años y asistieron al Hospital Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua durante el período de investigación, a fin de ofrecer un aporte a la solución y el tratamiento oportuno en tales casos, donde los beneficiados serían además de los pacientes, los familiares quienes son parte primordial en el sustento y apoyo sobretodo en enfermedades crónicas como lo es el cáncer.

Para poder llevar a cabo dicho estudio se tomó una muestra de 82 pacientes quienes asistieron a la institución antes mencionada, para lo cual se utilizaron las siguientes baterías de evaluación psicológica: la Escala De Hamilton avalada para La Evaluación De La Depresión (Hamilton) (Ham-D) y la Escala Autoaplicada De Adaptación Social (SASS) respectivamente con el objetivo principal de indagar sobre la problemática. Posterior a dicha evaluación y cuantificación de los datos

registrados a través del análisis de las respuestas alcanzadas con el Chi2 de Pearson, se pudo comprobar a que la depresión influye en la adaptación social en pacientes con diagnóstico de cáncer, es decir que la hipótesis planteada se cumple.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, NIVELES, ADAPTACIÓN SOCIAL, CÁNCER

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY RACE

**"DEPRESSION AND ITS INFLUENCE ON SOCIAL ADAPTATION OF
CANCER PATIENTS WITH AGES 30 TO 60 YEARS OF HOSPITAL
CANCER JULIO ENRIQUE PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA"**

Author: Charvet Jiménez, María del Carmen

Tutos: Añazco Lalama, Ángel Santiago

Date: February, 2016

ABSTRACT

The following work research sought to demonstrate the influence of the depression on the social adjustment of patients diagnosed with cancer between 30 and 60 years old who attended the Julio Enrique Paredes hospital, SOLCA Tungurahua during the

investigation period, to provide a contribution to the solution and treatment in such cases, where the beneficiaries would be the patients and the family who are an essential part in the sustenance and support especially in chronic diseases such as cancer. In order to perform this study a sample of 82 patients were took, patients who attended the aforementioned institution, for which the following batteries of the psychological evaluation were used: The Hamilton Scale approved for the Evaluation for Depression (Hamilton) (Ham-D) and the Self-administered Social Adjustment Scale (SASS) with the main objective of investigating the problem. Later the evaluation and quantification of the recorded data through analysis of response achieved with Chi² of Pearson, it was proved that depression affects social adjustment in patients with cancer diagnosis, it means the hypothesis is true.

KEYWORDS: DEPRESSION, LEVELS, SOCIAL ADAPTATION, CANCER

INTRODUCCIÓN

La investigación tiene como tema: **“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ENTRE LAS EDADES DE 30 A 60 AÑOS DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO JULIO ENRIQUE PAREDES, SOLCA TUNGURAHUA”**. Su importancia reside en identificar los niveles de depresión y su influencia en la adaptación social en pacientes oncológicos.

Al hablar de cáncer es inevitable pensar en muerte, por esto que las personas que en primera instancia reciben la noticia de la enfermedad sufren de diversas complicaciones a su salud mental como intensos periodos de estrés, depresión, angustia, ansiedad, y estas a su vez se ven íntimamente asociadas con índices de mortalidad, dificultades en adhesión al tratamiento, hospitalizaciones prolongadas, las mismas que dificultan en ámbito social de los pacientes por ello se aíslan y se desvinculan de la relaciones sociales.

La atención psicológica o psicoterapia es un método de suma importancia y eficacia al trabajar con personas que han sido diagnosticadas con cáncer para así lograr fortalecer a cada individuo en las áreas importantes ya sea personal, familiar y social y con esto evitar una posible desadaptación de las mismas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“Depresión y su influencia en la adaptación social de pacientes con diagnóstico de cáncer entre las edades de 30 a 60 años del hospital oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua”

1.2 Planteamiento De Problema

1.2.1 Contextualización

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] 2012, la depresión a nivel mundial es uno de los trastornos del estado de ánimo que se manifiesta con mayor frecuencia, esta es una enfermedad que no discrimina pues puede llegar a afectar a cualquier individuo en cualquier etapa de su vida.

Actualmente se ha diagnosticado depresión en más de 350 millones de personas alrededor del mundo, por tal motivo se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad y mortalidad; se sabe que el número anual de muertes debido al trastorno asciende a un millón, ya que, en los casos más graves esta enfermedad puede terminar en suicidio de quien la padece. (OMS, 2011).

Es importante mencionar que se han hallado diferencias entre las personas que presentan este trastorno, a nivel de géneros, un estudio encontró que las mujeres son más propensas que los hombres en sufrir depresión clínica, con una relación de dos a uno. (Baena, et al., 2005).

Respecto al nivel socio-económico se encontró que las poblaciones de las naciones ricas son más susceptibles a sufrir episodios depresivos, en estas naciones los porcentajes de depresión se situaron entre 5.5 y 14.6%, mientras que en las naciones de economía emergente y de medianos ingresos se colocó entre 11.1 y 5.9% de su ciudadanía. (Pazmiño, 2011).

En el continente europeo se ha encontrado que la depresión es la tercera causa de discapacidad en esta área del mundo; en una investigación se comprobó que el mayor índice de ciudadanos deprimidos se encuentra en los países de Francia con un 21%, Holanda con 17.9%, Nueva Zelanda con 17.8%, Ucrania con 14.6%, Bélgica con 14.1% y España con 10.6%. (Pazmiño, 2011).

Por el contrario en países asiáticos la población es menos propensa a la depresión mayor siendo así que Japón y China resultaron tener porcentajes de 6.6 y 6.5%, respectivamente. (Salinas, 2013).

Para la Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2011, la depresión es un trastorno que produce tanto sintomatología psíquica como física que afectarán irremediablemente la vida de quien la padece, una de las áreas más afectadas por la enfermedad es el área social o de relaciones interpersonales debido a la presencia de síntomas como la tristeza constante, anhedonia, sentimientos de culpa, los cuales dificultan la adaptación del individuo en la sociedad.

En el continente asiático, específicamente en el país de Japón se realizó una investigación denominada “Efecto del temperamento en la calidad de vida y adaptación social en pacientes depresivos con trastorno de estado de ánimo”, en donde fueron estudiados 46 pacientes con diagnóstico de trastorno del estado de

ánimo, los mismos que poseían temperamento depresivo en 31 pacientes (17,2%), temperamento ciclotímico en 33 (18,3%), el temperamento hipertímico en 14 (7,8%), el temperamento irritable en 24 (13,3%), el temperamento ansioso en 24 (13,3%). (Takai, et al., 2011).

Una vez determinado el temperamento de los evaluados se midió la adaptación social de los pacientes a través de la escala autoaplicada de adaptación social “SASS”, el presente estudio reveló que el tipo de temperamento, en especial el temperamento depresivo se asocia de manera negativa con las puntuaciones SASS, es decir que los resultados obtenidos revelan que la combinación de temperamentos y/o personalidades puede influir negativamente tanto en la calidad de vida y la adaptación social, además se encontró que los pacientes con temperamento depresivo, temperamento ciclotímico, o de la personalidad esquizoide pueden tener una la baja adaptación social. (Takai, et al., 2011).

La depresión ha llegado a afectar a aproximadamente a 18 millones de personas en América del Norte, debido al alto índice de prevalencia del trastorno, cada año en el continente americano se reportan casos de suicidio de aproximadamente de 63.000 personas lo que resulta una cifra verdaderamente alarmante. (OMS, 2011).

Se puede aseverar entonces que la depresión, es el trastorno mental más importante que se debe afrontar, puesto que, es el trastorno responsable de altas tasas de discapacidad a nivel de América y el mundo causado por condiciones neuropsiquiátricas. (OMS, 2012).

Por otra parte en Centroamérica, en la ciudad de México la depresión afecta al 8% de la población de la cual, sólo la décima parte de estas personas reciben un tratamiento correspondiente. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003, en México uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. (Rodríguez, Kohn & Aguilar, 2009).

Se han realizado diversos estudios con el fin de identificar los efectos de la depresión en la vida de quienes lo padecen, en el país de Estados Unidos se llevó a cabo un estudio denominado “Tiempo de vida, estilo de apego romántico y adaptación social en la depresión de inicio tardío” en la Universidad de Iowa, para dicho procedimiento se contó con la participación de personas de alrededor de 50 años de edad quienes mantenían un diagnóstico de depresión, los subgrupos se dividieron en 35 personas con depresión de Inicio temprano, depresión de aparición tardía con un número de 38, y los voluntarios no deprimidos con un número de 47, para la evaluación de esta población se utilizó una medida de estilo de apego (Experiencias en estrecha relación Escala), y para medir el ajuste social se usó la Escala de Ajuste Social. (Paradiso, Naridze, & Holm-Brown, 2011).

Luego de las evaluaciones realizadas, los investigadores llegaron a la conclusión de que la depresión y el funcionamiento social están estrechamente asociados, se ha podido evidenciar que la depresión tanto de inicio temprano como de inicio tardío produciría un bajo nivel de adaptación social, especialmente dentro de los entornos familiares funcionamiento profesional, ya que los pacientes diagnosticados con depresión obtuvieron un deterioro mayormente significativo que los voluntarios nunca antes deprimidos. (Paradiso et al., 2011).

En Sudamérica la depresión es un trastorno frecuente, los índices de depresión encontrados son clínicamente significativos, según investigaciones publicadas en la revista PLoS Medicine, países como Colombia, Paraguay y Guyana son aquellos países que sufren las tasas más altas de depresión en esta parte del mundo, mientras que quienes en menor medida sufren de esta condición son los países de Chile y Bolivia; por su parte Brasil, Venezuela y Argentina están en un punto intermedio. (Valencia, 2013).

Ministerio de Salud Pública [MSP] en el 2012, refiere que en el país de Ecuador se registraron 25074 casos de depresión.

Un estudio del departamento de Psiquiatría de la Universidad Central llegó a la conclusión de que en la ciudad capital Quito, se reporta una prevalencia del episodio depresivo mayor del 13,4%, cantidad que es equivalente a cada 100 habitantes adultos. (Robalino, 2013).

En la ciudad de Quito el trastorno depresivo afecta más a personas viudas, en unión libre que a casados y jóvenes, asimismo, se ha hallado que se produce un mayor impacto en los adultos, entre los 40 y 59 años. (Robalino, 2013).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] en el año (2012) contabilizó 913 casos de depresión, y aunque no en todos los casos de suicidio el paciente se encuentra deprimido, en la mayoría de casos las personas que lo han llevado a cabo tenían antecedentes de un cuadro depresivo, la cifra de casos de suicidio en este año fue de 659 hombres frente a 254 mujeres.

Por otra parte los registros obtenidos de la ciudad de Ambato otorgados por el Departamento de Estadística y Registros del Hospital Provincial de la ciudad, reporta que en el año 2012 fueron ingresados 394 pacientes en el área de psicología y 236 pacientes en psiquiatría con la demanda de depresión clínica. (MSP, 2012).

Respecto a investigaciones efectuadas en el Hospital Oncológico “SOLCA” cabe mencionar un estudio realizado por Paredes (2010) denominado *“El tratamiento para el cáncer y los trastornos depresivos en los pacientes internos en Solca de la ciudad de Ambato”*, reveló que el 100% de los pacientes hospitalarios con diagnóstico de cáncer que reciben tratamiento presentan un trastorno depresivo, de los cuales un 20% se sitúan dentro de un trastorno depresivo mayor y el 80% un trastorno depresivo menor.

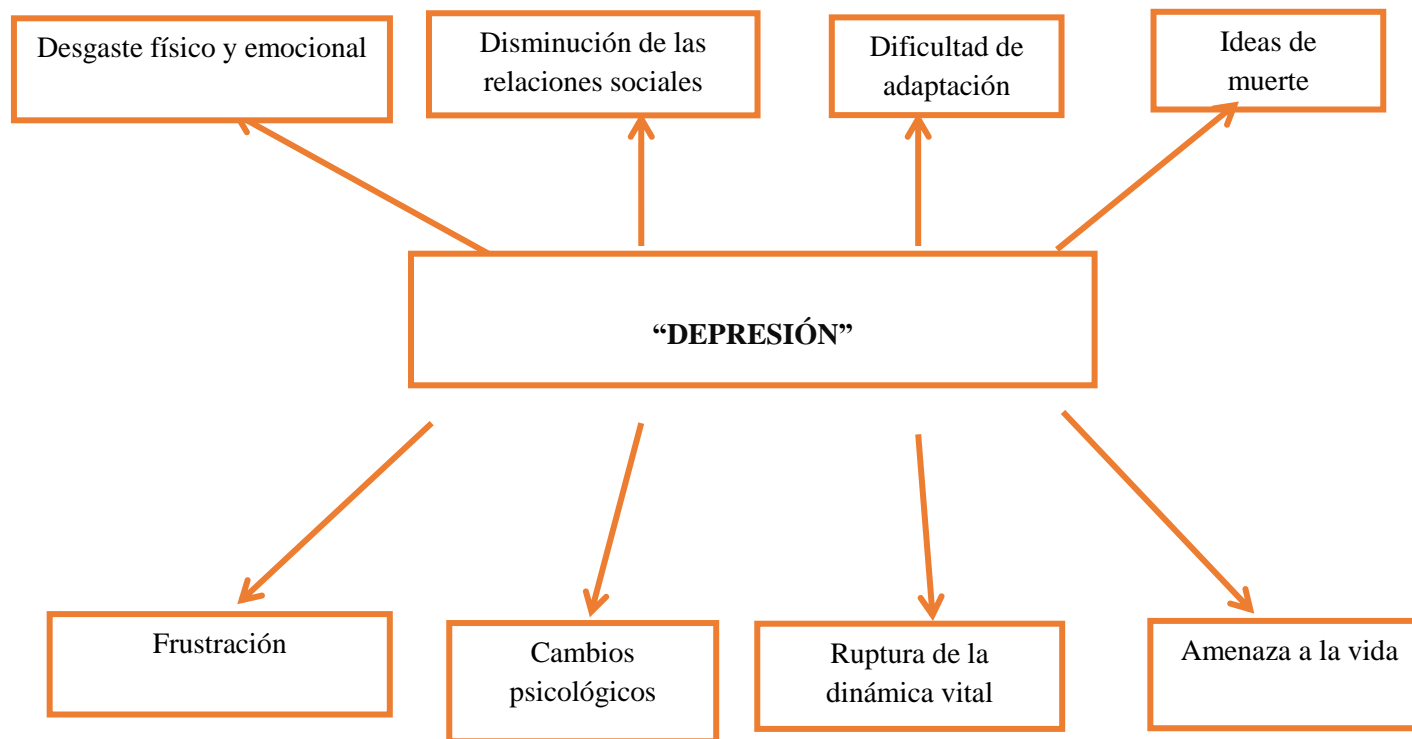
Otro estudio realizado en la unidad oncológica SOLCA denominado *“Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica Solca-Tungurahua”* revela que de la muestra obtenida el 46,4% presenta depresión mínima, mientras que el otro 53,6% no muestra algún nivel

depresivo, la depresión moderada la que mayor porcentaje mantuvo un porcentaje de 26,8%, seguida de la leve con el 21,4% y finalmente la grave con un 5,4% (Chérrez, 2013).

En cuanto a adaptación social en el país de Ecuador no se han podido obtener datos debido a que no se han realizado investigaciones con esta variable, motivo por el cual la presente investigación servirá como base y será el antecedente de futuras investigaciones respecto al campo de la adaptación social.

Árbol de Problemas

GRÁFICO N° 1



Fuente: Árbol de problemas.

Elaborado por: Charvet M, 2015

1.2.2 Análisis Crítico

La depresión es el trastorno del estado de ánimo caracterizado principalmente por sentimientos de tristeza y abatimiento, se manifiesta en distintos niveles, causando varios tipos de síntomas; por otra parte el cáncer es una enfermedad que aparece como un elemento que amenaza la existencia del individuo quien percibe como posible su propia muerte. El cáncer al igual que la depresión son enfermedades que no discriminan, ya que, se manifiesta en hombres y mujeres de todas las edades, razas, cultura, y nivel socioeconómico.

A pesar de que padecer la enfermedad de cáncer no necesariamente está asociado al padecimiento de depresión, investigaciones previas han revelado que el vivir con este diagnóstico resulta ser una nueva experiencia, un impacto emocional que conlleva varios cambios tanto físicos como psicológicos los cuales en muchos de los casos conducirán a la presencia de frustración.

La depresión aparece como resultado de la ruptura de la dinámica vital, donde no solo se ve afectada la persona, sino también su familia, amigos, su entorno en general, los nuevos cambios podrían presentarse a través de dificultades de adaptación.

Es un hecho que enfermedades crónicas representan una nueva situación en la vida de quien las padece, por tal motivo en muchas ocasiones las ideas de muerte se dan lugar, estas ideas irrumpen aún más en el estado emocional.

A pesar de que la depresión es una enfermedad multifactorial, debido a la distinta sintomatología e intensidad, se conoce que afecta principalmente a tres ámbitos, estos son, el área personal, familiar y social. Con respecto al área social, se debe tener presente que la persona que la realidad de la persona que tiene cáncer ha modificado, debe enfrentar los gastos, nuevos ambiente, además debe lidiar con sus familiares, amigos, sus actividades diarias cambiarán por tanto el contacto social disminuirá lo

cual repercutirá en distinta manera, sabiéndose que los seres humanos son seres de naturaleza social.

Es importante conocer el estado de adaptación social, pues influirá en el individuo a medida se aceptan o se rechazan los sentimientos durante el transcurso de la enfermedad, además se ha demostrado que el apoyo social es un recurso importante al sobrellevar este tipo de enfermedad pues debe considerarse que el hecho de que una persona padezca un trastorno del estado de ánimo afectará sobre el transcurso y desarrollo del cáncer, motivo por el cual es importante identificarla y controlarla con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente durante este proceso.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, quienes brindan atención, prevención y tratamiento especializado a los pacientes con diagnóstico de cáncer, se han recopilado datos de investigaciones previas que revelan la existencia de trastornos afectivos en los pacientes, motivo por el cual se deben seguir realizando investigaciones y creando nuevas propuestas que contribuyan a la solución de la problemática.

1.2.3 Prognosis

El sufrimiento psicológico debido a la presencia de una enfermedad se presenta a lo largo de un continuo proceso que abarca distintos aspectos desde los estados depresivos hasta las dificultades en la adaptación de los individuos.

En el caso de pacientes oncológicos la depresión puede manifestarse a menudo en diversos momentos, estos son, al recibir el diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento y en ocasiones en la recidiva del cáncer, la depresión da paso al desarrollo de síntomas físicos y psicológicos que podrían influir e incluso empeorar el cuadro clínico primario.

En caso de no llevar a cabo la presente investigación los pacientes oncológicos que mantienen estados depresivos pueden sufrir el aumento a la expectativa de dolor,

sufrimiento, perturbaciones del sueño o la conducta alimentaria lo que a su vez inferiría en calidad de vida de dichos pacientes y de sus familias.

Es más probable que los pacientes que pueden expresar tanto sus emociones positivas como sus emociones negativas se adapten de mejor manera a su situación, además es importante mencionar que el hacer frente a la situación y manejarla servirá para la disminución de la tensión, el sufrimiento psicológico y social lo cual puede ser posible realizando una adecuada intervención psicológica.

Actualmente el Hospital Julio Enrique Paredes, no cuenta con un departamento psicológico, que cubra las demandas de quienes acuden a este centro, lo cual amerita a que se sigan realizando investigaciones que pongan en manifiesto las necesidades y requerimientos de quienes acuden a la institución.

1.2.4 Formulación Del Problema

¿Cuál es la influencia de la depresión en la adaptación social de los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua?

1.2.5 Preguntas Directrices

- ¿Cuáles son los niveles de depresión que tienen los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua?
- ¿Cuál es el dominio del funcionamiento social que tienen los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua?
- ¿De qué manera se podría trabajar con los pacientes oncológicos que tienen depresión y sus familiares?

1.2.6 Delimitación Temporal

Delimitación De Contenido

- **CAMPO:** Psicológico
- **ÁREA:** Clínica
- **ASPECTO:** Depresión y adaptación social.

Delimitación Espacial

- Esta investigación se realizó en el Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua.

Delimitación Temporal

- Este problema fue investigado en el periodo de diciembre 2014 – mayo 2015. Se investigó en personas entre las edades de 30-60 años con diagnóstico de Cáncer que acudieron al Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua.

1.2 Justificación

La palabra cáncer parece estar estrechamente relacionada a la palabra sufrimiento, este se suele presentar cuando los pacientes se sienten incapaces de manejar o controlar su nueva situación, además es evidente que el cáncer es una enfermedad que aún es vista por la mayor parte de la población como una enfermedad mortal o como una enfermedad con pocas posibilidades de curación y por ello su diagnóstico

produce un impacto emocional muchas veces mayor al de cualquier otro diagnóstico de enfermedad clínica.

A pesar de que los avances tecnológicos han hecho posible que personas con este diagnóstico sobresalgan a la enfermedad a través de los distintos tratamientos aplicados, es un hecho demostrado que existe una relación entre los procesos mentales y el funcionamiento del organismo humano por ello es importante rescatar el aspecto mental que conlleva el enfrentar un diagnóstico de esta magnitud.

Es importante llevar a cabo la presente investigación puesto que los pacientes oncológicos van a asumir grandes cambios, tanto físicos como psicológicos y como resultado de estos cambios lo que podría causar en ellos estados depresivos, ansiosos, adaptativos entre otros; siendo la depresión el trastorno mental con mayor prevalencia en estos pacientes se debe mencionar que este trastorno afecta a varias áreas de la vida del individuo que lo padece, siendo el área de adaptación social una de las más afectadas y al ser los seres humanos seres netamente sociales, los cambios a nivel personal, social y laboral pueden producir un desajustes que incluso podrían llegar a empeorar el cuadro clínico, por tal motivo resulta indispensable rescatar el área de adaptación social lo que resultará en un manejo social pertinente.

Asimismo diversos estudios han demostrado que un adecuado manejo psicológico y una adecuada adaptación a los cambios producidos de vital importancia en el tratamiento y posterior recuperación de la enfermedad de cáncer.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la influencia existente entre la depresión y la adaptación social en pacientes con diagnóstico de cáncer entre las edades de 30 a 60 años del Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los distintos niveles de depresión de los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Julio Enrique Paredes SOLCA, Tungurahua.
- Determinar el dominio de funcionamiento social de los pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Elaborar una propuesta de solución al problema planteado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Respecto a la relación existente entre depresión y diagnóstico de cáncer, se encontraron obtenidos a través de distintas investigaciones.

En el caso de la ciudad de México, la investigación denominada “Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad” reveló que las mujeres con cáncer de mama presentaron una alta prevalencia de depresión y ansiedad; en las instalaciones del Hospital de Guadalajara se evaluó a dos grupos de personas, el primero conformado por 255 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, y el segundo grupo de 100 mujeres quienes no presentaron este diagnóstico, con el objetivo de determinar a través del reactivo Hamilton- Depresión (HADS) la presencia o ausencia de trastorno depresivo y la posible relación entre diagnóstico de cáncer y depresión; al término de la investigación el estudio reveló que la prevalencia de depresión en mujeres con cáncer fue de estas mujeres 14.2%, a diferencia de las mujeres que no mantenían esta enfermedad quienes presentaron bajos índices de depresión. (Chávez, 2007).

En el caso del estudio “Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el Papel de la afectividad y el soporte social” , realizado también en la ciudad de México, participaron 235 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asistían al Hospital de Especialidades del Centro Médico, dichas pacientes completaron medidas de depresión y ansiedad, el objetivo de esta investigación fue determinar la relación de variables clínicas, personalidad y variables sociales con la presencia de depresión y ansiedad, se integraron además grupos de mujeres quienes no mantenían diagnóstico de ansiedad y depresión se utilizó la escala HADS (más 10 puntos), este estudio reveló que la ansiedad y la depresión son las principales trastornos que se

pueden manifestar en pacientes oncológicos durante los primeros momentos de la enfermedad. (Robles, 2009).

En el país de China se llevó a cabo el estudio Prevalencia de ansiedad y depresión y los factores de riesgo en pacientes chinos con cáncer. El objetivo del estudio fue evaluar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del país para lo cual se evaluaron un total de 1217 pacientes con diagnóstico de cáncer, los resultados concluyeron que la prevalencia de depresión fue mayor que la presencia de ansiedad, los datos obtenidos fueron específicos para los distintos tipos de cáncer, en el caso de personas con cáncer de cabeza y cuello un 60,62% tuvo depresión, un 77,19% de evaluados la presentó debido en el cáncer de pulmón, 57,9% el cáncer de mama, 75,81% para el cáncer de esófago, 63,40% para el cáncer de estómago, 68,42% para el cáncer de hígado, 54,37% para el cáncer colorrectal, y 71,13% para el cáncer de cuello uterino. (Sheng & Jun, 2013).

En la ciudad de Quito Ecuador, se efectuó una investigación denominada “Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el hospital oncológico de “SOLCA” núcleo Quito – Ecuador, Octubre – Noviembre de 2011” en el cual se tomó una muestra de 246 pacientes hospitalizados por diagnóstico de cáncer, en donde se halló la prevalencia de varios trastornos psiquiátricos como son, trastornos adaptativos, ansiosos y depresivos, siendo estos últimos los más frecuentes en esta población, de una muestra de 246 pacientes oncológicos el 17.1% tuvo depresión, así mismo se encontró que los pacientes en estadio de cáncer avanzado tienen aún mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor. (Del Pino Muriel, 2012).

Para el estudio “Prevalencia, asociaciones, y la adecuación del tratamiento de la depresión mayor en pacientes con cáncer: un análisis transversal de los datos clínicos

recogidos rutinariamente”, se analizaron a 21151 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, pulmón, colorrectal, genitourinario, con el objetivo de evaluar la presencia de depresión, el estudio llevado a cabo en Escocia reveló que la prevalencia de depresión mayor fue más alta en pacientes con cáncer de pulmón (13 · 1%, IC 95% 11 · · 9-14 2%), seguido por el cáncer ginecológico (10 · 9%, 9 · · 8-12 1), cáncer de mama (9 · 3%, 8 · · 0 7-10), el cáncer colorrectal (7 · 0%, 6 · · 1-8 0), además se halló que el diagnóstico de depresión mayor era superior en mujeres más jóvenes. (Walker, et al., 2014).

Respecto a la adaptación social en la investigación denominada “Estilos de defensa y adaptación social durante un episodio depresivo: Depresión bipolar vs Depresión mayor” el mismo que se realizó en el departamento de Psiquiatría de la Universidad Ondokuz Mayıs en el país de Turquía en donde se contó con la participación de 150 personas mayores de edad, de las cuales 50 de ellas presentaron un diagnóstico de depresión, las 50 siguientes tuvieron diagnóstico de bipolaridad y los 50 restantes no mantenían ningún diagnóstico de trastorno psiquiátrico, con el fin de evaluar la adaptación social se utilizó la escala SASS, los resultados en personas con depresión mayor mostraron bajos niveles de adaptación social en contraste al grado de adaptación social los voluntarios sanos. (Sarısoy Gökhan, et al., 2014).

En otra investigación denominada “Discapacidad social de pacientes con trastornos del estado de ánimo” realizada en el país de Brasil se halló que existe discapacidad en los pacientes con trastornos del estado de ánimo. (Ribeirão, 2004).

Para la realización de esta investigación fueron evaluados 100 pacientes hospitalarios, en este grupo de pacientes, se distinguieron varios tipos de trastornos del estado de ánimo, al final de la evaluación se obtuvo que los pacientes unipolares y distímicos demostraron mejor adaptación social que los pacientes con diagnóstico de bipolaridad y los dobles depresivos. (Ribeirão, 2004).

Este estudio se basó en otras investigaciones, las cuales llegaron a la misma conclusión, a menudo los trastornos del humor provocan alteraciones en la adaptación y ajuste social, principalmente en las relaciones familiares, el aislamiento social, y el rendimiento en el trabajo. (Ribeirão, 2004).

2.2 Fundamentación Filosófica

Para la presente investigación se tomará en cuenta el paradigma crítico-propositivo, debido a que la investigación es de tipo social y se cuestiona si la prevalencia de una enfermedad mental puede llegar a afectar áreas importantes en la vida de quienes la padecen.

Siendo la metodología utilizada un diseño participativo de investigación y al tratarse de un fenómeno social existen múltiples realidades construidas, en donde los diferentes estados de depresión pueden influir en los resultados de tratamiento, se pretende realizar planes terapéuticos promoviendo una favorable adaptación social que consistirá en proponer técnicas innovadoras y basar el trabajo en alternativas de solución, lo cual ayudará a la interpretación y comprensión de los resultados y por ende la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

2.3 Fundamentación Epistemológica

La epistemología estudia el problema del conocimiento, el estudio de la actividad del sujeto y la sociedad, por tanto da validez al conocimiento humano a partir de varios abordajes teóricos. Al tratar el tema de la depresión se debe tomar en consideración que esta implica una condición o enfermedad la cual para ser diagnosticada como tal debe cumplir criterios establecidos según un manual diagnóstico, además la adaptación social involucra una relación del ser con su entorno, por tal motivo esta investigación se basa en este tipo de fundamentación debido a los recursos, teorías, métodos y técnicas que se utilizarán para llevar a cabo la misma, a través de este

enfoque se producirá un conocimiento concreto, con base científica, el cual será difundido a través del conjunto de saberes propios de esta disciplina.

2.4 Fundamentación Ontológica

Al ser la depresión una condición que produce una serie de síntomas tanto físicos como psíquicos, los cuales afectarán indiscriminadamente las esferas social, familiar y personal del individuo, se destaca que esta investigación mantiene este tipo de fundamentación debido a que se basa en el paradigma cualitativo-interpretativo, siendo la depresión y la adaptación social interactiva en la relación ser humano-entorno social.

2.5 Fundamentación Axiológica

Con el fin de mejorar la calidad de vida en la población oncológica se debe dar paso a la realización de profilaxis, tratamiento y seguimiento respecto a su salud mental con el objetivo de que ellos puedan afrontar y sobrellevar el diagnóstico a través de las técnicas, métodos y terapia recomendada para cada caso, a su vez se debe considerar que la depresión es el trastorno del estado de ánimo más frecuente en la población oncológica, el cual no discrimina sobre raza, sexo o edad, de no ser tratado adecuadamente puede derivar alteraciones mayores, donde incluso, en casos muy severos puede causar la muerte de la persona quien lo padece.

2.6 Fundamentación Psicológica

La terapia cognitiva conductual le brinda el respectivo valor a la terapia de la conducta cuando se trata de un método científico, asimismo se da importancia debida al tratamiento, y mantenimiento en el presente, y no enfocarse en factores del pasado.

El enfoque cognitivo-conductual propone que las emociones y las conductas tienen su origen en el pensamiento, el cual determinará en gran medida el bienestar o malestar del paciente, plantea además una explicación biológica, psicológica y social de

la conducta y las emociones ,es decir se debe conocer la base de los problemas emocionales con el fin de obtener interpretación de los síntomas y un procedimiento efectivo. (Lastra, 1996).

Basándose además en el enfoque metacognitivo, a través de esta técnica cada persona construye representaciones de los estados de ánimo y tras la intervención del terapeuta puede gestionar de mejor manera la enfermedad. (Mainieri, 2007).

Autores como Ellis y Beck han contribuido para que la terapia cognitiva destaque sobre las demás siendo hoy en día uno de los métodos de terapia más utilizados.

El modelo cognitivo ha sido utilizado de manera amplia para el tratamiento de varios desórdenes y trastornos especialmente en problemas relacionados a parejas, trastornos de ansiedad y depresión, fobias, ataques de pánico, fobias, adicción, ira, violencia. (Mainieri, 2007).

La depresión clínica es una condición que afecta a varias áreas en la vida de las personas, estas son, el estado de ánimo, el área cognitiva y somática, por tal motivo la presente investigación será fundamentada desde la corriente cognitivo-conductual.

Basándose en dicha corriente Aaron Beck (citado por Lastra 1996) habla sobre la triada cognitiva, dicho enfoque visualiza la depresión desde una perspectiva cognitiva, en donde el paciente presenta un esquema donde involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, el objetivo de este tratamiento es la reestructuración y cambio de los pensamientos distorsionados por otros más realistas y positivos.

En sí el tratamiento de la depresión está orientado a cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo; pues es posible que el paciente no reciba un reforzamiento adecuado del ambiente en el cual se desenvuelve. (Lastra 1996).

2.8 Fundamentación Legal

El MSP (2012) con base en constitución de la república del Ecuador refiere:

Art. 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Que la misma Constitución de la República en el Art. 35 dispone: “...quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.”

Que la Ley Orgánica de Salud manda: “Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”

Que la Ley Orgánica de Participación Ciudadana publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 175 de 20 de abril de 2010, dispone: “Art. 55.- Planificación participativa intersectorial.- Los espacios de coordinación interministerial promoverán la realización de diálogos periódicos de deliberación sobre políticas

públicas intersectoriales para favorecer la participación de organizaciones sociales y ciudadanía especializada en una o varias de las temáticas.”

Que al momento existen en nuestro país, algunos actores identificados con esfuerzos dispersos en la lucha contra el cáncer, todos ellos con diferentes capacidades resolutivas y con una clara ausencia de un Plan Rector Nacional de Lucha contra el Cáncer, que permita la unificación de estrategias.

Que el manejo del cáncer requiere de una integración multidisciplinaria, interinstitucional y multisectorial, buscando integrar las mejores alternativas posibles como estrategias de prevención, detección oportuna y tratamiento adecuado de las personas afectas con esta enfermedad.

Que según la información disponible en el Registro Nacional de Tumores de la ciudad de Quito, actualmente la atención de los pacientes oncológicos, se concentra en los institutos privados con el 33,8%; en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) con el 30,7%; en el Ministerio de Salud Pública con el 18,7%; y, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con el 11,9%.

Que con el fin de lograr una contribución multidisciplinaria, intersectorial e interinstitucional, con la Autoridad Sanitaria Nacional, que permita la formulación de políticas públicas en respuesta a la problemática del cáncer, se plantea la Conformación del Comité Ecuatoriano Multisectorial del Cáncer, CEMC.

Que mediante memorando No. MSP-SNVSP-2012-0489 de 8 de octubre de 2012, la Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública, solicita la revisión y posterior aprobación del Acuerdo Ministerial mediante el cual se conforma el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Cáncer.

En ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva.

Acuerda:

Art. 1.- Crear el Comité Ecuatoriano Multisectorial del Cáncer, CEMC.

Art. 2.- El Comité Ecuatoriano Multisectorial del Cáncer, (CEMC), tendrá como función principal contribuir con la Autoridad Sanitaria Nacional, en las líneas estratégicas nacionales de políticas públicas para el diseño, implementación, evaluación y financiamiento de la respuesta nacional en la lucha contra el cáncer.

Art. 3.- El Comité estará integrado por:

El/a Ministro/a de Salud Pública, o su delegado, quien lo presidirá;

La Máxima Autoridad, o su delegado, de las siguientes Instituciones:

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; Ministerio de Educación; Ministerio de Inclusión Económica y Social; Ministerio de Recursos Naturales no Renovables; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES; Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, SENESCYT; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; Instituto de Seguridad Social de la Policía, ISSPOL; Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA; Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador, ACHPE; y, Sociedad Ecuatoriana de Oncología. Un Representante de cada una de las siguientes organizaciones de la sociedad civil:

Padres de niños y adolescentes con cáncer;

Jóvenes con cáncer; Adultos con cáncer; y, Cuidados Paliativos.

La Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva del Ministerio de Salud Pública, ejercerá las funciones de Secretaría Técnica del Comité.

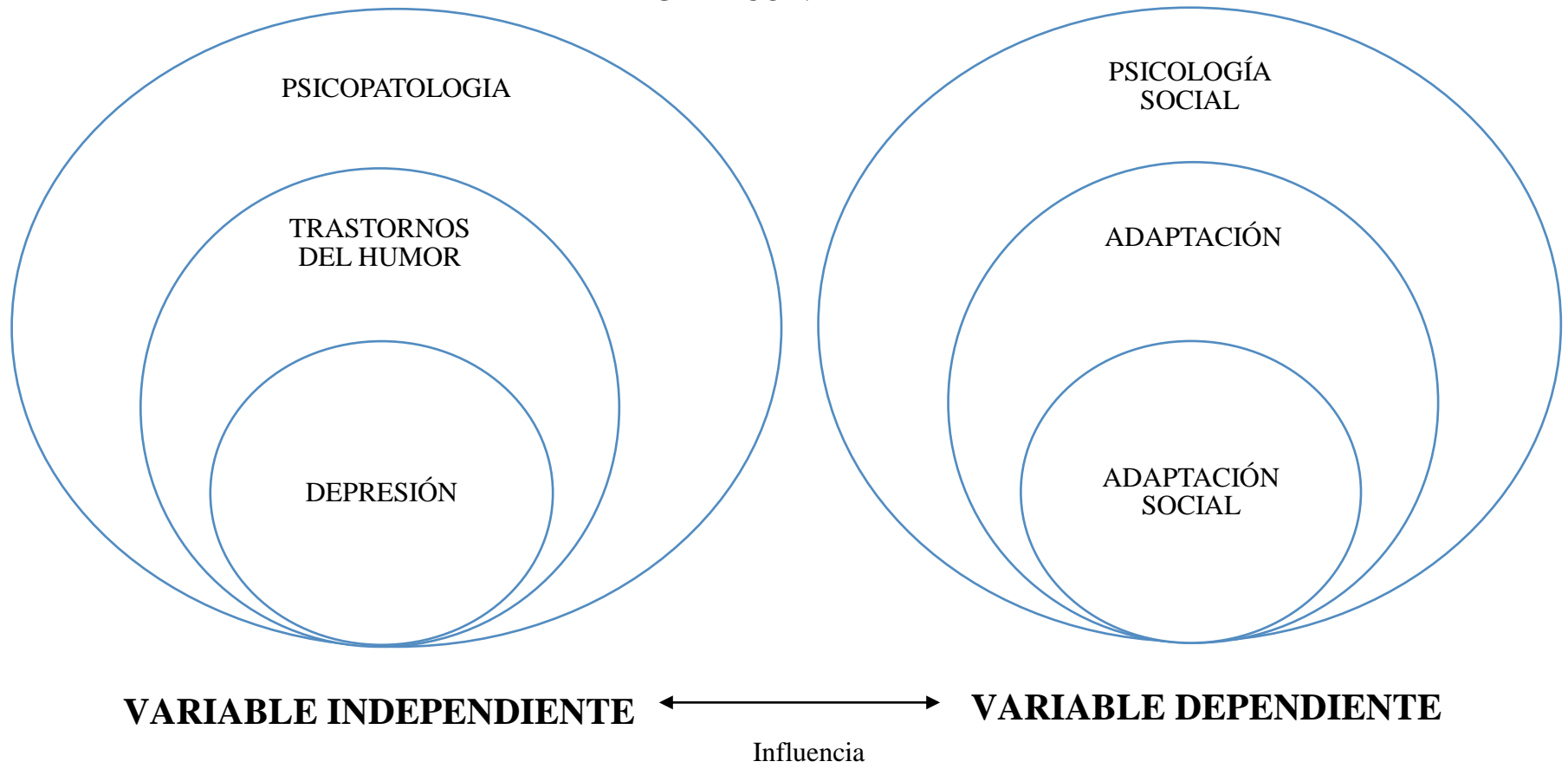
Art. 4.- El/a Ministro/a de Salud Pública, en su calidad de Presidente/a del Comité, coordinará los mecanismos institucionales necesarios para que el CEMC cumpla eficazmente con la función para la que fue creado.

Art. 5.- El Comité Ecuatoriano Multisectorial del Cáncer se reunirá ordinariamente cada seis meses y extraordinariamente cuando la necesidad se presente. Las reuniones ordinarias serán convocadas por el/la Presidente/a y las extraordinarias por pedido de cualquiera de los miembros.

Art. 6.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública y a la Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva.

2.6. Categorías Fundamentales

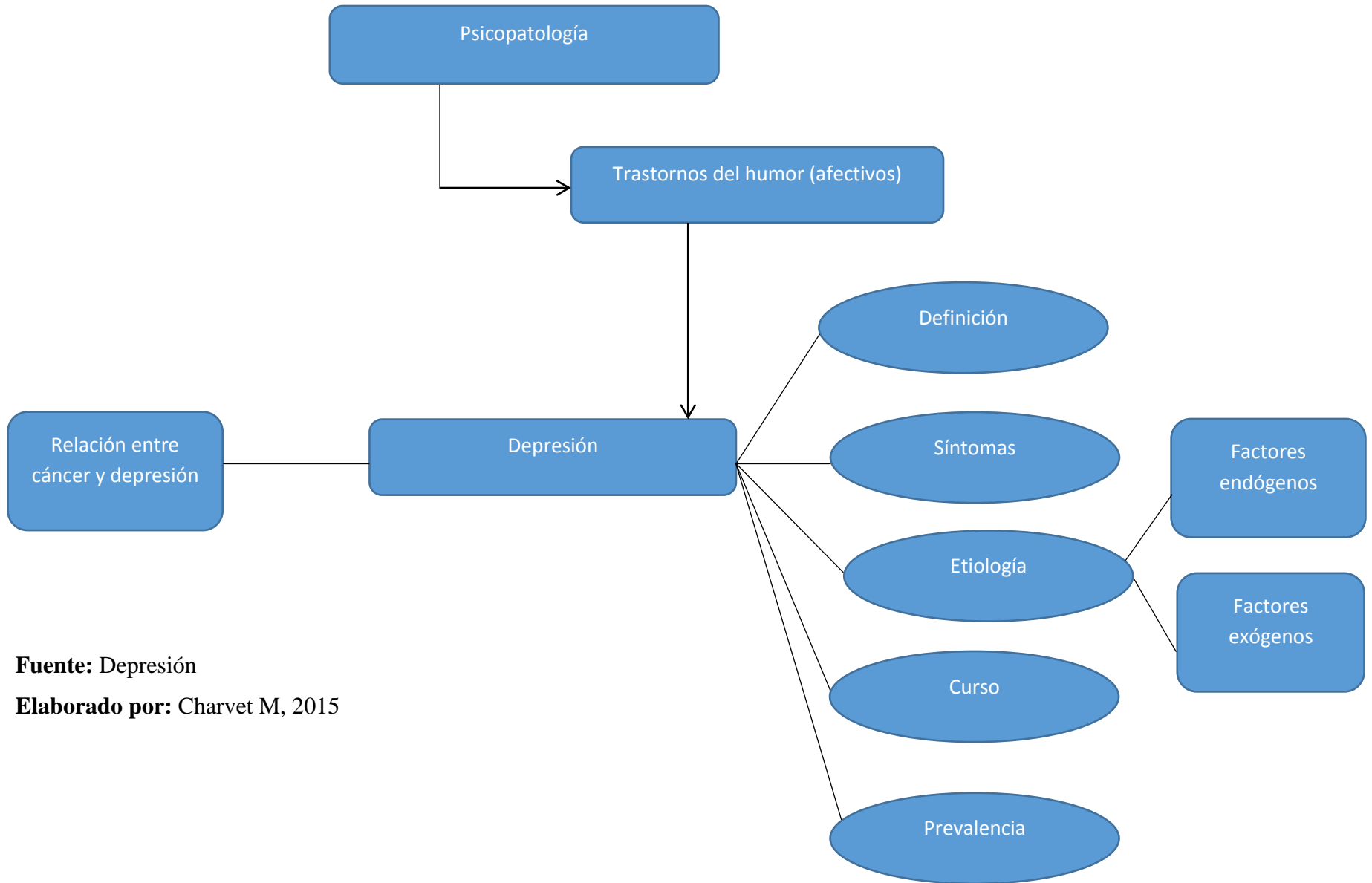
GRÁFICO N° 2



Fuente: Red de inclusiones conceptuales.

Elaborado por: Charvet M, 2015

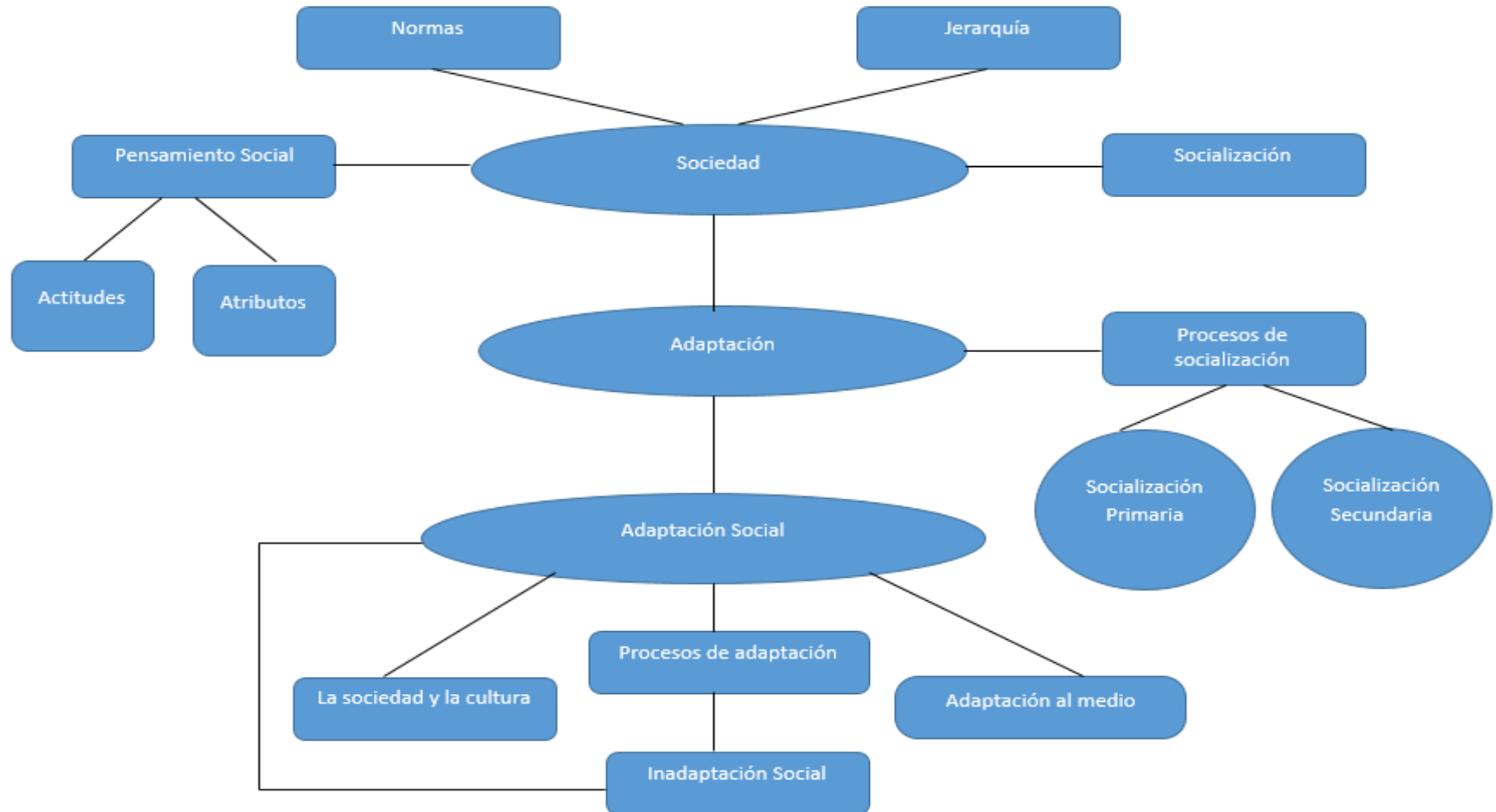
GRÁFICO N° 3



Fuente: Depresión

Elaborado por: Charvet M, 2015

GRÁFICO N° 4



Fuente: Adaptación Social. **Elaborado por:** Charvet M, 2015

2.7 Fundamentación Teórica De Variables

Variable independiente

2.7.1 Psicopatología

El significado etimológicamente de la psicopatología se traduce al estudio de las dolencias del alma, se la ha catalogado como la ciencia que toma su objeto de la psiquiatría y su espíritu de la psicología. (Vallejo, 2002).

Se hizo necesaria la aparición de esta ciencia debido a que se requería de un instrumento que hiciera posible el diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales y gracias a esto poder diferenciar entre las conductas normales y anormales en la sociedad, ya que los seres humanos se consolidan como tales a través de las normas de conducta y comportamiento, se puede a la vez hallar y estudiar un concepto de anormalidad. (Gómez, 2012).

Psiquiatras y psicólogos participan en el tratamiento e investigación del origen de los cuadros clínicos, manifestación y desarrollo de los procesos psicopatológicos. (Zeigamik, 1981) .

Teniendo en cuenta estos antecedentes, Gómez (2012) conceptualiza a la psicopatología como la ciencia que estudia, investiga y orienta en el funcionamiento de la mente humana, enfocándose principalmente en el análisis de la desviación y anormalidad del comportamiento humano.

La psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría, asume la misión de elaborar la observación psiquiátrica la teoría del conocimiento del hecho psiquiátrico. (Vallejo, 2002).

Dicha ciencia contribuye además a la proporción de conocimientos, los cuales permiten una mejor práctica clínica y proponen bases teóricas que se añaden al conjunto de teorías sobre el comportamiento humano. (Gómez, 2012).

Para los conductistas, la psicopatología ocupa un papel en el aprendizaje, y procesos cognitivos, al explicar los estados no sanos o “anormales” de los individuos, así como posibles fases de tratamiento. (Zeigamik, 1981).

Su cuerpo de doctrina integra, por tanto, los conocimientos procedentes de la relación dialéctica sujeto-objeto: personalidad, conducta patológica, estructura familiar, mundo social, etc. Desde la perspectiva donde se acoge todo el saber que se extiende desde lo más orgánico- biológico a lo estrictamente psíquico, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estructurarse como ciencia. (Vallejo, 2002).

2.7.2 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

Los trastornos del estado de ánimo, llamados también trastornos afectivos o del humor tienen como característica distintiva la alteración penetrante del estado de ánimo que indica un estado emocional que puede llegar a afectar a todos los aspectos de la vida del individuo. (Goldman, 2000).

Los trastornos del estado de ánimo son una gran variedad de condiciones clínicas, las cuales se caracterizan por cambios del estado de ánimo y el afecto, estos trastornos incluyen alteraciones patológicas en las que el estado de ánimo puede ser deprimido, eufórico, y hay además trastorno en los cuales se presentan ambas condiciones patológicas, cabe mencionar, que estas condiciones se distinguen de las normales, en varios aspectos, tales como, la intensidad del estado de ánimo; la duración, la asociación con otros signos y síntomas clínicos; y su impacto del funcionamiento del individuo. (Vásquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

El diagnóstico se considera apropiado cuando la alteración del estado de ánimo es primaria y central con respecto a la enfermedad, y no secundaria a algún otro estado físico o psicológico. (Goldman, 2000).

Con el fin de tener una mayor comprensión y organización de la psicopatología de los trastornos afectivos, el manual diagnóstico CIE-10 ha clasificado a estos trastornos en tres partes, aquellos en los que hay un síndrome mayor completo del estado de ánimo, en los que sólo hay un síndrome del estado de ánimo parcial pero persistente, y los que no se pueden clasificar de cualquiera de las dos maneras señaladas. (OMS, 1996).

✓ **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)**

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. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen.

✓ **F30 Episodio maníaco**

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse sólo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al trastorno bipolar (F31.-).

Incluye:

Trastorno bipolar aislado.

Episodio maníaco aislado.

✓ **F30.0 Hipomanía**

La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1) en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia (F34.0) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental.

También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.

Puede alterarse la capacidad de atención y concentración, dando lugar a una imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente. No obstante, esto no suele impedir el interés por actividades y empresas totalmente nuevas o por gastos ligeramente excesivos. (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

Deben presentarse varias de las características citadas más arriba de exaltación o de alteración del estado de ánimo, y del aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos, en un grado y con una persistencia mayor que la descrita para la ciclotimia (F34.0). Una interferencia considerable con la actividad laboral o social permite el diagnóstico de hipomanía pero si la interferencia es grave o completa se debe diagnosticar de manía (F30.1 o F30.2). (OMS, 1992).

✓ **F30.1 Manía sin síntomas psicóticos**

En este trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas. (OMS, 1992).

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida. (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo). (OMS, 1992.).

✓ **F30.2 Manía con síntomas psicóticos**

El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave que la descrita en F30.1. El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo puede dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensa y mantenida pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal puede dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. Si fuere necesario, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. "No congruente" incluye las ideas delirantes y alucinaciones que se presentan con un estado de ánimo neutro, por ejemplo, ideas de referencia sin sentimientos de culpabilidad o sin sentirse acusado o voces alucinatorias sobre temas que no tienen un significado emocional especial. (OMS, 1992).

Incluye: Estupor maníaco.

✓ **F30.8 Otros episodios maníacos**

✓ **F30.9 Episodio maníaco sin especificación**

Incluye: Manía sin especificación.

✓ **F31 Trastorno bipolar**

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se

produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8). (OMS, 1992).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. (OMS, 1992).

Incluye:

- Trastorno maníaco-depresivo.
- Psicosis maníaco-depresiva.
- Reacción maníaco-depresiva.
- Excluye:
- Trastorno bipolar, episodio maníaco (F30.-).
- Ciclotimia (F34.0).

- ✓ **F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniáco.** (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía (F30.0).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniáco, maniáco, depresivo o mixto en el pasado.

- ✓ **F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniáco sin síntomas psicóticos.** (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos (F30.1).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniáco, maniáco, depresivo o mixto en el pasado.

- ✓ **F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniáco con síntomas psicóticos.** (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaniáco, maniáco, depresivo o mixto en el pasado.

- ✓ **F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado** (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas somáticos en el episodio depresivo actual:

- ✓ **F31.30 Sin síndrome somático.**
- ✓ **F31.31 Con síndrome somático.**

- ✓ **F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos** (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

- ✓ **F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos**

Pautas para el diagnóstico

- a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- b) Se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

- ✓ **F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto**

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaníaco, maníaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos. (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

Alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maníaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas.

- Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.0).

✓ **F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión**

El enfermo ha padecido al menos un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de que se presenten futuros episodios. (OMS, 1992).

✓ **F31.8 Otros trastornos bipolares**

Incluye:

- Trastorno bipolar de tipo II.
- Episodios maníacos recurrentes.

✓ **F31.9 Trastorno bipolar sin especificación**

✓ **F32 Episodios depresivos**

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos: (OMS, 1992).

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.

e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

f) Los 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. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. 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. (OMS, 1992).

Alguno de los síntomas anteriores puede 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. (OMS, 1992).

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., página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (OMS, 1992).

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. (OMS, 1992).

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. (OMS, 1992).

✓ **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). (OMS, 1992).

✓ **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. (OMS, 1992).

✓ **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). (OMS, 1992).

✓ **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. (OMS, 1992)

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. (OMS, 1992).

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 (ver F30.2). (OMS, 1992).

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). (OMS, 1992).

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). (OMS, 1992).

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.** (OMS, 1992).

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** (OMS, 1992).

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 (OMS, 1992).**

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 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.** (OMS, 1992).

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**

Incluye: Depresión monopolar sin especificación.

- ✓ **F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes**

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación

genética con los trastornos del humor (afectivos) y porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia. (OMS, 1992).

✓ **F34.0 Ciclotimia**

Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío. (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

Inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar (F31.-) o un trastorno depresivo recurrente (F33.-). Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco (F30.-) o episodio depresivo (F32.-). (OMS, 1992).

Incluye:

- Trastorno de personalidad afectiva.
- Personalidad cicloide.

- Personalidad ciclotímica.

✓ **F34.1 Distimia**

Depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío. (OMS, 1992).

Pautas para el diagnóstico

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32.-) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos. (OMS, 1992).

Incluye:

- Depresión ansiosa persistente.
- Neurosis depresiva.
- Trastorno de personalidad depresiva.
- Depresión neurótica (de más de dos años de duración).

Excluye:

- Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).
- Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).
- Esquizofrenia residual (F20.5).

✓ **F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes**

Categoría residual para aquellos trastornos del humor (afectivos) persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1) pero que sin embargo son clínicamente significativos. (OMS, 1992).

✓ **F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación**

✓ **F38 Otros trastornos del humor (afectivos)**

✓ **F38.0 Otros episodios de trastorno del humor (afectivos) aislados**

✓ **F38.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto**

Episodios de alteraciones del humor (afectivas) que duran al menos dos semanas, caracterizado por una mezcla o una alternancia rápida (por lo general de pocas horas) de síntomas hipomaniacos, maniacos o depresivos.

✓ **F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes**

✓ **F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente**

Durante el año anterior se han presentado cada mes episodios depresivos recurrentes breves. Todos los episodios depresivos aislados duran menos de dos semanas (típicamente dos o tres días, con recuperación completa), pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave (F32.0, F32.1, F32.2). (OMS, 1992).

✓ **F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos) especificados**

Categoría residual para episodios simples que no satisfacen las pautas ninguna otra de las categorías F30 a F38.1. (OMS, 1992).

✓ **F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación**

- Incluye: Psicosis afectiva sin especificación.
- Excluye: Trastorno mental sin especificación (F99). (OMS, 1992).

2.7.3 DEPRESIÓN

➤ **Definición**

La OMS (2012), conceptualiza a la depresión como un trastorno mental común, en el cual la persona que lo padece presenta varios síntomas tales como, tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño, del apetito, cansancio o fatiga, pérdida de concentración y atención, entre otros.

La depresión además es considerada como una enfermedad multifactorial, pues se involucran varios elementos para que pueda originarse, los mismos que pueden incluir el temperamento, la personalidad, las experiencias y la genética. (Cabral, 2006).

La depresión es una enfermedad considerada como grave para la salud pública, respecto a la población general se tiene al tanto que en mujeres el riesgo de sufrir depresión se encuentra entre el 10 y 25%, no obstante para los hombres disminuye esta cifra, pues se sitúan entre el 5 y el 12% para ellos. (Duarte, Rico, Gonzáles & Rossette, 2016).

Hollon y Beck (citados por Vásquez, Muñoz y Becoña 2000), refieren que la depresión es un síndrome en el que al interactuar diversos síntomas afectan varias áreas de la persona, como el área somática, el área afectiva, conductual y cognitiva.

Se ha llegado a considerar a la depresión como la enfermedad del siglo XX y el actual siglo XXI, puesto que esta condición es capaz de afectar la mente, el cuerpo, los pensamientos y el comportamiento de quien la padece. (Cabrales, 2006).

➤ **Síntomas de la depresión:**

Según Lizondo y Llanque (2008), los síntomas de la depresión pueden clasificarse de la siguiente manera:

- a) Emocionales: tristeza, anhedonia, disforia, irritabilidad, retraimiento social.
- b) Cognitivos: sentimientos de culpa, desesperanza, autocrítica, disminución de la concentración y atención, problemas de memoria, dificultad para tomar decisiones, ideas de suicidio.
- c) Vegetativos: cansancio, fatiga, pérdida de la energía, hipersomnia o insomnio, anorexia o aumento del apetito, agitación psicomotriz, disminución de la libido.
- d) Rasgos psicóticos: hipocondría, delirio de persecución, alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, despersonalización, desrealización.

➤ **Etiología de la depresión**

Con lo que concierne a la atención primaria se ha llegado a considerar a la depresión como un trastorno común respecto a enfermedades médicas, al mismo tiempo se la ha asociado con una discapacidad funcional. (Vásquez, et al., 2000).

Winkour citado por (Vásquez, et al., 2000), menciona que la depresión es una enfermedad de etiología heterogénea, debido a la amplia gama de síntomas que se presentan entre los pacientes. A lo largo de la historia varios estudios han demostrado que no todas las depresiones se deben a las mismas causas, hoy en día existen diversas teorías las cuales explican la etiología de la depresión basadas en distintos enfoques. Las teorías más aceptadas son las que se detallan a continuación.

La etiología de la depresión mayor demuestra la intervención de múltiples factores, como los genéticos, biológicos y psicosociales, lo que hace de esta enfermedad una patología compleja. (Montes, 2003).

El concepto de vulnerabilidad hace referencia a los factores biológicos, psicológicos y sociales, que están presentes de forma continuada y facilitan o predisponen al desarrollo de la enfermedad. Varios factores se relacionan con el apareamiento de la depresión; a continuación se detallarán los principales factores relacionados dividiéndolos en biológicos (endógenos) y psicosociales (exógenos). (Saludalia, 2006).

❖ Factores endógenos asociados a la depresión

Goldman (2000) menciona que, la mayor parte de los casos de depresión mayor, obedecen a factores biológicos, las teorías más aceptadas respecto a los factores endógenos como agentes causales de la depresión se describen a continuación:

✓ Regulación de neurotransmisores

-Neurotransmisores: Los neurotransmisores son los llamados mensajeros químicos, ya que como principal función construyen un código de señales eléctricas al ser segregados por una neurona e interaccionar con las neuronas adyacentes las cuales poseen receptores para dichos neurotransmisores. (Saludalia, 2006).

Después de varios años de estudios, los médicos e investigadores decidieron enfocarse en la hipótesis que refiere que un déficit en la neurotransmisión produce depresión. (Saludalia, 2006).

Autores como, Gomez, Hernández, Rojas, Hernán, & Uribe (2008) argumentan que en los casos de depresión mayor existe la asociación de este trastorno con un déficit de neurotransmisores tales como, indolamina, serotonina, norepinefrina y dopamina.

Estas investigaciones demostraron que los neurotransmisores desempeñan un papel primordial en el inicio y desarrollo de los trastornos depresivos. (Lizondo & Llanque, 2008).

Las investigaciones de los neurotransmisores se basaron principalmente al estudio de la noradrenalina, la serotonina y la dopamina, debido a que los datos anteriormente obtenidos demostraron que el efecto de los fármacos antidepresivos involucra mayormente a dichos neurotransmisores. (Saludalia, 2006).

Asimismo se halló que es posible que la cantidad de producción de un neurotransmisor pudiera inducir a la modificación de la síntesis de receptores, en el caso de existir una hiperactividad por exceso de neurotransmisor, se disminuye la producción de receptor, es decir que al haber menos receptores en los terminales se produce una menor tasa de neurotransmisión. (Tellez, 2000).

Los principales neurotransmisores involucrados en procesos depresivos, son los que se detallan a continuación.

-Serotonina (SA) la serotonina es un neurotransmisor cuya función es la regulación del temperamento y del humor, se conoce que las variaciones genéticas que

involucran el tono serotoninérgico y la neurotransmisión, están directamente relacionadas con el humor, y con la vulnerabilidad de llegar a presentar algún trastorno del afecto. (Díaz & Gonzáles, 2012).

La serotonina además se la considera como el principal agente que participa en el control del proceso de sueño y vigilia, alivia la sensibilidad al dolor, y también participa en la regulación del apetito. (Tellez, 2000).

En el caso de haber una disminución en la producción de serotonina se producirá un estado de ánimo deprimido lo que en casos graves puede dar paso a la aparición de ideas autolíticas. (Valeiro, 2012).

-Dopamina, se ha hallado una importante participación de este neurotransmisor en lo que respecta a la regulación en las funciones emocionales, motoras y cognitivas. (Díaz & Gonzáles, 2012).

Los receptores del sistema dopaminérgico están localizados en regiones específicas del cerebro que dan lugar a las funciones mentales superiores tales como el pensamiento, la toma de decisiones, respecto a las áreas motoras, la dopamina permiten el movimiento corporal, y el área emocional que participa en la exaltación del estado de ánimo y la el índice de agresividad. (Tellez, 2000).

Varios estudios han encontrado evidencia clínica sobre la relación entre una alteración del sistema dopaminérgico y la depresión clínica, específicamente la amígdala cerebral es una zona del cerebro que está inervada por dopamina por la cual al hablar de procesos depresivos es relevante estudiarla. (Díaz & Gonzáles, 2012).

-Norepinefrina (NE), las funciones de la norepinegrina son mediadas por las proteínas de unión, como los receptores adrenérgicos y los transportadores de norepinefrina. (Díaz & Gonzáles, 2012). Se ha sugerido a la norepinefrina como agente activo en los procesos depresivos debido a que en cuadros depresivos existe un descenso en la producción de este neurotransmisor. (Díaz & Gonzáles, 2012).

-Acetilcolina (Ach), este neurotransmisor que es secretado en varias zonas del cerebro está involucrado en varias funciones cerebrales, primordialmente en la regulación del sueño REM, los procesos de memoria y el control neuromuscular en los movimientos. Se sabe que los receptores de Ach disminuyen a medida que se envejece, en el caso de la enfermedad de Alzheimer y en cuadros de esquizofrenia. (Tellez, 2000).

-Noradrenalina, las principales funciones de la noradrenalina son la regulación de los estados sueño-vigilia, control de los niveles de agresividad, además participa en procesos que involucran memoria y aprendizaje, en los estados de humor y conciencia e incrementa el estado de alerta. Varios estudios han demostrado que los niveles de este neurotransmisor están afectados en enfermedades como Alzheimer, Parkinson, esquizofrenia, manía y depresión. (Tellez, 2000).

Recientemente a los neurotransmisores glutamato (excitatorio) y GABA (inhibitorio) se los ha relacionado en procesos que implican la aparición y progreso de estados depresivos. (Díaz & Gonzáles, 2012).

Aquellos pacientes con trastorno depresivo mayor presentan concentraciones corticales de GABA menores y de glutamato mayores, además su tejido cerebral es menos denso y tienen una proporción significativamente menor de materia blanca. (Díaz & Gonzáles, 2012).

Evidencias sugieren que una hipoactividad del sistema Gabanérgico tendría un papel etiopatogénico significativos en el Trastorno Depresivo Mayor. (Bitrán, 1995).

✓ **Teoría neuroendocrina**

-Enfermedades del sistema endocrino: En varios casos se ha encontrado la existencia de una estrecha relación entre los trastornos del humor y algunas

enfermedades del sistema endócrino. (Gómez, Hernández, Rojas, Hernán, & Uribe, 2008).

-Aumento de cortisol: Durante décadas los clínicos han destacado que aquellas personas que poseen un gran aumento de cortisol mantienen un alto porcentaje de predisposición a padecer depresión. (Lastra, 1996).

A pesar de que años atrás ya se había propuesto e investigado la relación entre los trastornos del estado de ánimo con el sistema endócrino apenas se empieza a entender su relación. (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez & Villaseñor, 2009).

Los avances en los estudios de la química cerebral, particularmente en el funcionamiento del cerebro al liberar hormonas de la glándula pituitaria y el hipotálamo en la depresión permite entender que un alto nivel de cortisol (hormona que se produce en la corteza suprarrenal) podría tener gran participación en este padecimiento, sin embargo, dichos hallazgos sólo han aportado al conocimiento general de los trastornos. (Baena et al., 2009).

En un ciclo normal la secreción de cortisol mantiene un ritmo circadiano, el cual alcanza un pico máximo en la mañana, y es menor en la tarde y en la madrugada, dicho ritmo circadiano está alterado en el 50% de casos de pacientes con algún estado depresivo. (Montes, 2003).

La depresión entonces, se asocia con una alteración hipotalámica que se manifiesta a través de una gran secreción de corticotropina (ACTH), dando como resultado el aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. (Montes, 2003).

El aumento de la secreción de cortisol se debe a la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo. Tomando en cuenta que la CRH aumenta los niveles de ACTH, entonces los niveles de CRH se correlacionan con la depresión, ya que liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. (Montes, 2003).

Estos cambios en el sistema endócrino podrían indicar que la actividad córticosuprarrenal aumenta con el sufrimiento y el trastorno emocional en los trastornos depresivos. (Lastra, 1996).

Por otra parte, se conoce que el envejecimiento conlleva deficiencias en los órganos y sistemas, en el caso del sistema neuroendocrino se han hallado claras evidencias de los cambios sufridos. (Lastra, 1996).

Diversos estudios realizados en seres humanos y animales sugieren un descenso de la respuesta de la corteza suprarrenal frente a la ACTH durante el proceso de envejecimiento, los niveles de cortisol tienden a elevarse con la edad, en el caso de depresivos seniles se encuentra aumentado el número de no-supresores. (Lastra, 1996).

A pesar de que algunas investigaciones han revelado que un deficiente funcionamiento del hipotálamo está asociado con trastornos del humor infortunadamente estos aportes tienen aún una limitada relevancia clínica. (Bitrán, 1995).

✓ **Hipotiroidismo**

El hipotiroidismo y la depresión están relacionados debido al aumento de la actividad del receptor beta-adrenérgico la hormona tiroidea estimula la acción de la noradrenalina, motivo por el cual se reduce la liberación nocturna de TSH (hormona tiroestimulante) y se presenta una respuesta plana al estimular su producción con TRH (Hormona liberadora de tirotrópina). La respuesta plana del test TRH-TSH sería un gran factor de riesgo para sufrir depresión. (Mitjans & Arias, 2012).

La síntesis y secreción nocturna de melatonina es controlada por la transmisión noradrenérgica de la glándula pineal que convierte la serotonina en melatonina. (Mitjans & Arias, 2012).

Además existe la posibilidad de que se pueda detectar hipotiroidismo subclínico y una respuesta anormal de TSH a TRH en un subgrupo de pacientes con trastorno depresivo mayor. Asimismo, algunas formas de Trastornos del Estado de Ánimo como en el caso del Trastorno Bipolar en la mujer se asocian a variaciones del sistema tiroideo así como algunos cuadros depresivos del puerperio. (Bitrán, 1995)

En el caso particular de las mujeres las anomalías en el metabolismo del calcio e incluso los niveles de prolactina presentes en los síntomas disfóricos durante el ciclo menstrual dan base a la hipótesis de un vínculo entre el sistema endocrino y los síntomas depresivos. (Lastra, 1996).

✓ **Niveles de estrógenos**

Los niveles de estrógenos se reducen progresivamente en las mujeres postmenopáusicas. En el caso de pacientes postmenopáusicas con diagnóstico de depresión unipolar se han hallado niveles bajos de las hormonas FSH y LH. (Lastra, 1996).

Si bien la prolactina aparentemente no se encuentra marcadamente afectada con la edad, es un hecho que la disminución en la producción de estrógenos en los ovarios y el respectivo desequilibrio entre prolactina y estrógenos pudiera mantener una asociación con la aparición de síntomas depresivos. (Lastra, 1996).

✓ **Factores genéticos**

Respecto a la influencia de la genética, Goldman (2000) afirma que los estudios demuestran que el tener parientes en primer grado que hayan sufrido depresión mayor (unipolar) aumenta de 2 a 3 veces el nivel de riesgo de presentar depresión respecto a la población general. Es decir que, aproximadamente un 20 % de los

familiares de aquellos que sufrieron depresión mayor lo presentarán. (Gómez, et al., 2008).

Otras investigaciones han probado la influencia de los genes en los trastornos afectivos mayores, estos parecen relacionarse con una aparición más temprana de la patología. (Gómez, et al., 2008).

En algunas ocasiones se ha encontrado que quienes mantienen gran predisposición genética suscitan sintomatología debido a acontecimientos desencadenantes. (Lizondo & Llanque, 2008).

No obstante, la mayor parte de los diagnósticos de depresión no son atribuibles a causas médicas, pues datos indican que la influencia genética justifica tan sólo el 16% de la depresión y que las experiencias de cada individuo influyen en la aparición de los síntomas depresivos informados por los sujetos. (Vásquez, et al., 2000).

Vásquez, et al. (2000) menciona acerca de un estudio reciente de depresión mayor en mellizos/as y gemelos/as en donde se encontró que los factores genéticos justifican un porcentaje de 39% de la varianza, y el medio ambiente hasta el 61%.

Por otra parte los estudios familiares han podido valorar de mejor manera la influencia genética y ambiental en relación a la aparición de determinados trastornos. (Mitjans & Arias, 2012).

Se ha demostrado ya, que algunos estados de depresión tienen origen genético, lo que sugiere que alguna vulnerabilidad biológica podría ser heredada. (Díaz & Gonzáles, 2012).

Por tal razón Mitjans & Arias (2012) señalan que se ha realizado observación a familias con el objetivo de hacer el cálculo sobre el componente hereditario en trastornos específicos y poder establecer si existe un mayor riesgo entre los miembros.

Bitrán (1995) sugiere que el trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más frecuente en familiares de primer grado, es decir la prevalencia es más elevada cuanto mayor sea el porcentaje de genes compartidos con aquella persona que presenta el trastorno depresivo.

Los estudios con gemelos han servido para completar la investigación acerca de la influencia de los factores genéticos y la aparición de trastornos del estado de ánimo, se llevaron a cabo los estudios de adopción y de gemelos en donde se maneja el factor ambiental diferenciándolo del factor genético. (Mitjans & Arias, 2012).

Es por esto que la más fehaciente evidencia respecto a la etiología de la depresión resulta de los hallazgos encontrados en miembros de una misma familia, especialmente en los estudios que se han realizado entre hermanos gemelos. (Lastra, 1996).

En el caso de la depresión recurrente de inicio temprano, la perspectiva de los estudios de gemelos, sería la forma más factible de determinar el mayor riesgo genético. (Mitjans & Arias, 2012).

En estos estudios los investigadores compararon las tasas de concordancia para un trastorno específico en gemelos monocigóticos o idénticos, respecto a las tasas en gemelos dicigóticos, aquellos que sólo comparten la mitad de sus genes. (Mitjans & Arias, 2012).

Los resultados de dicha investigación dieron a conocer que el porcentaje de concordancia de un hermano que presenta un trastorno del humor llega a ser del 68 % para los gemelos monocigóticos, y del 23 % para los gemelos dicigóticos. (Lastra, 1996).

Con respecto a la Depresión Mayor, Díaz y Gonzáles (2012) consideran que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar este tipo de depresión si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si la padece el padre o un hermano (16.6%).

La evidencia conseguida sirve para estimar en qué medida la heredabilidad de los trastornos se considera un punto estadístico para establecer cómo los genes favorecen a la variabilidad en un carácter o fenotipo. (Mitjans & Arias, 2012).

En general la mayoría de los estudios realizados en torno a este tema revelan la importancia que tienen los factores genéticos y además ponen de manifiesto que algunos de estos elementos pueden ser definidos en las distintas formas de depresión especialmente en los casos graves, recurrentes y específicos. (Mitjans & Arias, 2012).

A pesar de que se hay suficiente evidencia de la participación de los factores endógenos en la aparición de cuadros depresivos, Tellez (2000) alega que los factores hereditarios no son necesariamente determinantes para que un individuo desarrolle algún trastorno de la afectividad, debido a que además se debe tomar en cuenta la influencia del medio, la personalidad del individuo, experiencias, entre otros.

✓ **Factores de personalidad**

Los seres humanos, podrían deprimirse en cualquier etapa de su vida, independientemente de su personalidad, si las circunstancias dan lugar para ello, no obstante, se ha hallado que aquellos quienes poseen una personalidad de tipo dependiente, o una personalidad obsesivo-compulsiva muestran un mayor riesgo de padecer de depresión en comparación con personas con personalidades de tipo antisocial o paranoide. (Baena, et al., 2009).

Respecto a los rasgos de personalidad, se ha encontrado que aquellos sujetos que mantienen una pobre opinión personal, o que son pesimistas y además presentan baja autoestima, entre otros, tienden a ser más propensos a sufrir de depresión. (Baena, et al., 2009).

❖ Factores exógenos asociados a la depresión

✓ Factores psicosociales y ambientales:

Se ha descrito la influencia de factores sociales y psicológicos en la aparición de trastornos afectivos de tipo depresivo, así como aquellos vinculados a las pérdidas reales o imaginarias, introyección de objetos perdidos, escenarios estresantes, entre otros. (Gómez, et al., 2008).

A pesar de que hay datos que apuntan a que los factores ambientales en si no son los causantes de crisis depresivas graves, aquellos individuos que sufren de depresión tienden a negar la existencia de alguna vulnerabilidad biológica afirmando que ellos mismos o su ambiente son las causas de la situación por la que atraviesan. Igualmente, factores personales como el ser inseguro, la ineficiencia perjudican en gran medida las relaciones sociales produciendo graves efectos sobre el estado de ánimo. (Goldman, 2000).

Por ende la los rasgos de personalidad depresiva pueden ser precursores psicológicos y sociales concomitantes así como a su vez podrían ser efectos adyacentes a los estados depresivos. (Goldman, 2000).

Se conoce sobre una relación temporal entre los acontecimientos vitales estresantes y negativos como por ejemplo la muerte de los padres, cónyuge, hijos, pérdida de empleo, divorcio, dificultades financieras y el episodio sucesivo a un episodio depresivo. (Lizondo & Llanque, 2008).

Tratado en base a porcentajes, el 75% de los pacientes con depresión mayor han sufrido algún suceso estresante importante en su vida en los meses previos al inicio de la enfermedad. (Tellez, 2000).

Otros factores adicionales como la tensión del medio en que se desenvuelven las personas, pues tal tensión puede llegar a ocasionar el principio de este padecimiento. (Díaz & Gonzáles, 2012).

Los estudios con gemelos, anteriormente mencionados han servido también para estudiar cómo determinados factores ambientales pueden explicar el por qué en un par de gemelos idénticos, uno puede llegar a desarrollar un trastorno depresivo mayor y el otro no. (Mitjans & Arias, 2012).

Respecto al papel que juega la familia se ha obtenido información en base a algunos trabajos que muestran como las relaciones familiares deficientes afectan la tasa de mejoría, posibles recaídas y la adaptación tras el proceso de recuperación en depresión. (Baena, et al., 2009).

Es por esto que estos datos clínicos reiteran la importancia de evaluar la vida familiar del enfermo e identificar los posibles factores estresantes asociados a la atmósfera familiar. (Baena, et al., 2009).

➤ **Prevalencia de la depresión**

La depresión clínica es una condición con gran prevalencia a nivel mundial, por tal motivo es considerada hoy en día como un trastorno invalidante. (Korman & Sarudiansky, 2010).

Según la OMS (2010) la prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes ambulatorios en atención primaria es de 4.8 a 8.6% constituyendo la cuarta queja más común entre ellos.

Asimismo la OMS (2010), señala a la depresión como el mayor problema de salud mental del mundo, es así que, las cifras de prevalencia de este trastorno en la población adulta son respecto a la Depresión Mayor, 10-15% mujeres y 5-12% de hombres, tales cifras apuntan que la depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres.

Según la Encuesta Nacional Epidemiológica de Psiquiatría un porcentaje del 11.2 % de las mujeres han padecido depresión alguna vez en su vida, por lo que los trastornos afectivos prevalecen más en el sexo femenino por factores genéticos y hormonales. (OMS, 2012).

Con respecto a la edad de inicio en casos de depresión mayor el promedio se encuentra entre la edades de 20 a 30 años, así mismo es más común entre personas viudas, separadas y divorciadas. (Gómez, et al., 2008)

De acuerdo a factores genéticos asociados, se pronostica que el tener un pariente de primer grado con historiales de Trastorno Depresivo Mayor incrementa hasta tres veces la posibilidad de contraer esta enfermedad. (Lizondo & Llanque, 2008).

Se espera que para el año 2020 la depresión sea la primera o segunda causa de enfermedad y morbilidad en el mundo. (Gómez, et al., 2008)

Debido a la forma en la que se presenta el cuadro depresivo, se puede asegurar que la depresión es también un fenómeno social y cultural, con grandes diferencias en los distintos contextos, lo que da paso a variaciones en los patrones de enfermedad, así como en la búsqueda de ayuda y tratamiento correspondiente. (Vásquez, et al., 2000).

Otras investigaciones han dado a conocer que existe una correlación entre depresión y un nivel educativo más bajo, el no ser de raza blanca, de edad más joven, bajo apoyo social y el desempleo. (Vásquez, et al., 2000).

La prevalencia de depresión es mayor en personas que padecen enfermedades orgánicas, por ejemplo, estudios han demostrado que alrededor de un 40% de pacientes con cáncer presentan depresión. (Gómez, et al., 2008).

➤ **Curso de la depresión**

Goodwin y Jamison (citados por Vásquez, et al., 2000) refieren que la depresión es un trastorno que no mantiene una duración o curso definido, no obstante, la mayor parte de personas que la han padecido suelen superar este trastorno en un período de tiempo entre 6 y 24 meses.

En el caso de un episodio depresivo, se habla de que la duración media de este es de un período entre 4 y 5 meses bajo un adecuado control terapéutico. (Vásquez, et al., 2000).

Akiskal, Cassano, Piccinelli & Wilkinson, 1994, citados por (Vásquez, et al., 2000) mencionan que la depresión puede manifestarse como una condición aguda o crónica, y que aproximadamente entre el 15% y el 25% de los cuadros depresivos tendrán un curso crónico.

En reiteradas ocasiones la depresión puede manifestarse como una enfermedad silenciosa, ya que puede aparecer en cualquier momento de la vida, esta enfermedad no discrimina, pues se han reportado varios casos alrededor del mundo en personas de todas las razas y todas las edades, no obstante, su inicio es relativamente más frecuente entre la etapa de adolescencia y los 39 años de edad. (Vásquez, et al., 2000).

2.7.6 Psicología social

➤ Definición

La psicología social es una rama de la psicología que se dedica a estudiar las relaciones entre las conductas, sentimientos y cogniciones de las personas dentro de su medio a la vez que examina los efectos que tiene su medio social sobre ellos. (Durán & Lara, 2008).

Los grupos establecen lazos a partir de sus creencias y categorías donde se conjuga el desarrollo de habilidades, por tanto los psicólogos sociales investigan cual es la interacción necesaria para el desarrollo de estas habilidades cognitivas y sociales que permiten la asimilación de normas y la adaptación al medio. (Aguilar, 2014).

Dentro de este contexto se deben analizar asimismo factores tales como las características individuales entre estas el sexo, estatus, y además el contexto cultural reglas, expectativas y valores, otorgando la debida importancia al factor genético. (Barra, 1998).

➤ Sociedad

La palabra sociedad etimológicamente, proviene del término latín «socius», de origen indoeuropeo que significa «seguir» o «acompañar». (Salazar, 2010).

La Real Academia de la lengua (2004) conceptualiza al término sociedad como “Agrupación natural o pactada de personas, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida”

Arteaga & Sánchez (2007) afirman que la sociedad es un tipo de organización que relaciona a los seres humanos en una misma cultura, las personas en sociedad crean

sus interacciones, y poseen la capacidad de revertirlas y determinar o limitar los actos o acciones que realizan.

Los seres humanos son criaturas netamente sociales, pues ya al nacer pertenecen a una sociedad en donde constantemente están siendo influidos por estos procesos de socialización. (Montero, 2003).

En el momento del ingreso a la escuela las personas empiezan a recibir educación formal, comienzan a entender el funcionamiento del círculo donde se desenvuelven, (Montero, 2003).

Salazar (2010), refiere que la sociedad está constituida por elementos principales que hacen posible su existencia, estos elementos son:

-Unión: el formar parte de un determinado grupo implica tener un fin común, lo que llega a convertirse en un requerimiento necesario a pesar de que cada individuo mantiene sus características únicas e individuales.

-Intencional: aquellos que conscientemente se han integrado a una sociedad, es decir que han decidido pertenecer a la misma adaptándose a las normas, cambios y juicios asignados.

-Activa: significa que una sociedad se construye día a día, se crea a través de la cooperación y la contribución de cada uno de sus miembros siempre basándose en un fin, el cual es mantener un bien común.

Un individuo puede pertenecer a varios grupos sociales, de estos grupos irá adoptando las ideas necesarias que más se ajusten a su vida y más tarde las transmitirá ejerciendo su propia opinión para garantizar la supervivencia y convivencia con el entorno. (Montero, 2003).

-Estatus Social: es la ubicación o posición que mantienen las personas dentro de una sociedad organizada, comunidad o estructura social a la que pertenece. (Hernández & Tello, 2010).

-Normas: son las leyes a través de las cuales se regulariza el comportamiento de las personas que pertenecen a determinado grupo social (Montero, 2003).

Universidad del Desarrollo Profesional Preparatoria [UNIDEP] (2009) las funciones que cumplen las normas son el impedir, permitir o autorizar distintas actividades, dichas normas rigen las acciones, ajustan las conductas, comportamientos y actividades en varios ámbitos de la vida de un individuo. (UNIDEP, 2009).

-Jerarquía: La jerarquía es una escala de organización de objetos o personas que se ordenan de manera subordinante siguiendo distintos criterios de importancia o relevancia asignada. (Moreno, 2003).

Para Moreno (2003) la jerarquía dentro de los grupos sociales se origina una estructura definida por el rol que desempeña cada persona del grupo y por su posición jerárquica dentro del mismo.

➤ **Socialización**

La socialización es el medio a través del cual las personas forman parte de una sociedad mediante la incorporación de normas, valores, roles, actitudes y creencias respecto al contexto cultural al que pertenecen, para poder llegar a este objetivo interactúan los distintos agentes de socialización como los medios de comunicación, la familia, centros educativos, centros religiosos. (Arnett, Maccoby, Grusec & Hastings, 2007).

❖ **Los procesos de socialización**

Son procesos en los cuales las personas provenientes de una misma cultura aprenden e incorporan conceptos e ideas que requieren para desenvolverse apropiadamente en su entorno. Dentro de un proceso de socialización se han encontrado dos tipos de socialización (Montero, 2003).

✓ **Socialización Primaria:**

Es el primer tipo de socialización, en esta etapa el sujeto se convierte en miembro de una sociedad. La socialización primaria es atravesada durante los primeros años de vida en el núcleo familiar y se caracteriza por una gran carga afectiva. (Navarro & Márquez 1996).

En este período los niños adquieren las primeras aptitudes intelectuales y sociales, lo que juega un importante papel en la construcción de su identidad. (Montero, 2003).

Navarro & Márquez (1996) argumentan que La socialización primaria llega a su fin cuando el individuo adopta una posición subjetiva respecto a su propio yo y al mundo exterior.

✓ **Socialización Secundaria**

En esta segunda etapa el niño se da cuenta de que el mundo de sus padres no es el único, es así que al ya estar socializado se involucra en nuevas sociedades y la carga afectiva familiar es sustituida por actividades pedagógicas. (Navarro & Márquez, 1996).

✓ **Socialización Terciaria**

Ésta etapa final de la socialización se presenta en la vejez e inicia a partir de una crisis individual y a un cambio del pensamiento; el mundo social se percibe como

monótono y limitado dejando así los grupos a los que pertenecía. (Navarro & Márquez, 1996).

➤ **Pensamiento social**

Es un proceso cognitivo en el que se piensa sobre la propia mente y la mente de los demás, con el fin de interpretar acertadamente los signos sociales y brindar una respuesta acorde a la situación. (Aragón, 2010).

Un pensamiento es percibido de acuerdo a las características objetivas del medio social y el componente subjetivo en la medida que reconstruimos la realidad en base a las necesidades y experiencias personales. (Aragón, 2010).

Dentro del pensamiento social (Aragón, 2010) menciona que pueden considerarse cinco procesos:

- ✓ **Procesamiento emocional:** son los aspectos relacionados al percibir y utilizar las emociones. (Aragón, 2010).
- ✓ **Teoría de la mente:** se refiere a la capacidad de reflexionar y comprender disposiciones o creencias. (Aragón, 2010).
- ✓ **Percepción social:** se asocia a las capacidades para valorar reglas, roles sociales y el contexto acorde a las propias posibilidades, es la forma en que se evalúa a otras personas. (Aragón, 2010).

- ✓ **Conocimiento social:** incluye cuatro componentes que son, las acciones, roles, reglas y fines que sirven como guía en las situaciones sociales en las que participan los individuos. (Aragón, 2010).

- ✓ **Atribución de causalidad:** Es el medio por el cual, los sujetos llegan a entender cuál es el origen de la propia conducta y la conducta que tienen los demás, es así que el posterior comportamiento de las personas dependerá de la interpretación subjetiva acerca de los hechos realizados. (Montero, 2003).

Según Kelley (2013) la teoría de la atribución, divide a los atributos de comportamiento de la siguiente manera:

-Atribución interna: se refiere a los comportamientos internos que se encuentran en control del sujeto. En la atribución interna, la persona se hace responsable de su propia actitud, aptitud, carácter y personalidad.

-Atribución externa, también denominada conducta externa debido a que el sujeto no tiene la capacidad de controlar los factores ambientales.

Cuando la conducta es atribuida a factores externos, se le otorga a la situación en la que se observó determinada acción. (Aragón, 2010).

➤ **Actitudes**

Para Durán y Lara (2000) las actitudes son las evaluaciones y creencias tanto positivas como negativas acerca de un persona, un grupo un objeto, teoría o concepto.

Allport citado por (Ferreira, 2009) afirma que una actitud es un estado mental de predisposición a emitir una respuesta organizada a través de la experiencia, la misma que influencia directamente al comportamiento.

Según Ferreira (2009) las actitudes introducen al sujeto a la realización de distintas actividades, tienden a perdurar en el tiempo lo cual las hace difíciles de modificar.

2.7.7 Adaptación

➤ Definición

El término adaptación describe tanto a los procesos genéticos, biológicos y culturales así como a los mecanismos utilizados para enfrentar los retos del medio ambiente. (Crognier, 2000).

Para Fisher citado por (Crognier, 2000) la adaptación en una situación en la cual se requiere toman decisiones, realizar actividades, a fin de ajustarse a distintas circunstancias en un gran número de aspectos.

Por otra parte, las teorías biológicas sustentan que todo ser vivo ha sufrido o sufrirá en un momento un proceso de adaptación, dentro del cual se busca la supervivencia y la evolución de la especie, particularmente los seres humanos se adaptarán biológica, psicológica y socialmente. (Caruano, 2013).

El estar adaptado a un contexto determinado implica conservar el equilibrio personal respecto a las distintas demandas y exigencias del entorno. (Caruano, 2013).

➤ Tipos de adaptación:

❖ Adaptación Biológica

El fin de la adaptación biológica es la supervivencia de los procesos internos en los seres vivos. (Caruano, 2013).

Charles Darwin consideraba que tanto la cultura como la biología participan en el proceso evolutivo, esto lo pudo notar a través de la observación de los paralelismos entre estructura, función y transmisión de los sistemas genéticos y culturales. (Crognier, 2000).

Por su parte algunos científicos sociales consideraron que la cultura nacía como resultado de la influencia en genética y la rápida evolución de los mecanismos asociados a la selección natural. (Crognier, 2000).

Para Schmitt y Pilcher, (2004) aportaron datos a través de sus investigaciones, ellos aseveran que todos los seres vivos están adaptados al medio en el que viven, ya que en el caso de no ser así no podrían sobrevivir.

❖ **Adaptación humana- psicológica**

Los psicólogos evolucionistas en su mayoría argumentan que las adaptaciones psicológicas se producen de manera discreta, puesto que cada ser humano es único y particular y cumple con funciones específicas. (Schmitt & Pilcher, 2004).

Tooby & Cosmides citados por (Schmitt & Pilcher, 2004) cada adaptación a lo largo de la vida de un individuo debe tener el objetivo de que cada tarea a desarrollar le permita una mayor y mejor supervivencia así como una gran capacidad de reproducción.

Los evolucionistas concuerdan en que cada adaptación psicológica se realice a través de conductas funcional en lugar de hacerlo de forma disfuncional. (Schmitt & Pilcher, 2004).

Para Caruano (2013), la adaptación psicológica se dirige al mantenimiento de la propia identidad y la autoestima.

➤ **Adaptación frente al cambio**

La Universidad de Cádiz (2014).Hace referencias a la capacidad que tienen los seres humanos para modificar sus patrones de conducta y así poder ajustarse a los distintos cambios cuando sea necesario para conseguir la meta u objetivo planteado. (Universidad de Cádiz, 2014).

➤ **Proceso de Adaptación**

Durante el proceso de adaptación una persona atraviesa por varios cambios que en la mayor parte de los casos le son desconocidos, dicha situación produce inquietud, temor, incertidumbre; no obstante a medida que pasa el tiempo el individuo se acomodará a las nuevas exigencias. (Garcés, 2012).

Según Córtese citado por Garcés (2012) dentro del proceso adaptativo se pueden diferenciar cuatro etapas que son:

- ✓ **Etapa 1 Negación:** el individuo niega que le ocurren nuevas situaciones, se siente amenazado por los cambios generados, repetidamente se le dificulta retomar el control sobre la nueva situación por lo cual tiende a estancarse en hechos pasados.
- ✓ **Etapa 2 Defensa:** en esta etapa la persona se aferra a sus costumbres y tradiciones propias, de tal manera que evita la realidad y se muestra irritable o apático ante la situación amenazante, tiene dos opciones, se puede negar a cambiar, o puede realizar una valoración positiva o negativa del cambio.
- ✓ **Etapa 3 Aceptación:** la persona es consciente de que no puede impedir el cambio, lo que le permite buscar alternativas de solución, desarrolla entonces nuevas habilidades que se ajustan a sus necesidades.
- ✓ **Etapa 4 Adaptación o asimilación:** se conoce de la existencia de personas que no han podido llegar a esta etapa en el proceso de adaptación. La mayor parte de personas asimilan lo que les sucede al hacerse evidentes las consecuencias del cambio y toman los cambios como una oportunidad para avanzar incluso para mejorar.

Para Diana Garcés (2012) las personas que no han podido adaptarse frente a los cambios en un determinado periodo pueden ser incapaces de solucionar problemas y de implantar relaciones, pese a esto, opina que un adecuado proceso terapéutico servirá como motivación para que el paciente pueda adaptarse a su nueva realidad.

Aquellos sujetos que han desarrollado la habilidad de enfrentar los procesos de adaptación, poseen las siguientes características. (UCA, 2014):

- Aceptan y se adaptan sin dificultad a los cambios de su vida.
- Se muestran flexibles ante los cambios ocurridos.
- Son agentes promotores del cambio
- Manejan apropiadamente las distintas demandas.
- Adaptan sus respuestas y tácticas a las circunstancias cambiantes
- Su visión de los acontecimientos es sumamente flexible.
- Se incorporan fácilmente a nuevos equipos de trabajo.
- Están abiertos a nuevas creencias o renuncian a las antiguas creencias para adaptarse mejor.

2.7.8 Adaptación social

➤ Definición

La adaptación social es un proceso particular del ser humano, gracias al cual las personas pueden relacionarse con el medio al que pertenecen. (Apuntes para universitarios, 2008).

Para que pueda llevarse a cabo el proceso adaptativo las personas deben ajustar sus características y necesidades a las demandas de su entorno. (Aragón & Bosques, 2012).

En el transcurso del proceso evolutivo cada persona está sujeta a una serie de cambios y adaptaciones, es por esto que cada individuo incorpora a su sistema de creencias los conocimientos, representaciones, estereotipos y un sin número de características propias de cada cultura. (Sitio web Apuntes para universitarios, 2008).

El ajuste de una persona a su entorno se da a través de la interacción de un conjunto de variables del organismo y del ambiente. (Lozano, Galián & Huéscar, 2007).

Para Molina (2003) el poder adaptarse es una condición que se lleva a cabo por medio de la utilización de recursos personales como las habilidades sociales., no obstante, se conoce que las características individuales influirán en el grado de conformidad, aceptación, sumisión y modificación de las conductas de los individuos en sociedad. (Apuntes para universitarios, 2008).

Aquellas personas que logran sus objetivos saben que todo cambio les brinda una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal, entonces al mostrarse menos resistentes a los cambios, se vuelven sujetos más flexibles con el fin de lograr sus objetivos y obtener mejores resultados a lo largo de su vida. (Molina, 2013).

Otros autores como Achenbach y Rescorla (2000) citados por (Aragón & Bosques, 2012) sugieren que un adecuado ajuste del sujeto a su medio se logra a través de los bajos niveles de conductas internalizantes como son la ansiedad, depresión, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa, constante tristeza, angustia así como de conductas externalizantes por ejemplo el robar, huir del hogar, generar problemas, mentir, oponerse a la autoridad y las normas sociales, comportamiento antisocial, constantes discusiones, amenazas, irritabilidad, envidia, la desobediencia y la tiranía.

El haber logrado tener un adecuado ajuste social quiere decir que las personas se han adaptado de manera correcta y han generado características positivas como autonomía, independencia, éxito, establecimiento de relaciones armónicas y productivas con los demás y a pesar de que se le presenten dificultades en su vida, los problemas no le llegan a agobiar significativamente. (Aragón & Bosques, 2012).

➤ **Proceso de adaptación al medio**

- ✓ **Acatamiento:** Cuando el individuo se acepta las expectativas o imposiciones asignadas, y se ajusta a las normas establecidas, no obstante sus opiniones personales no resultan ser afectadas. (Molina, 2013)

- ✓ **Identificación:** la persona incorpora temporalmente los principios y reglas del grupo. (Molina, 2013).
- ✓ **Internalización:** en este grado de adaptación la persona acepta como propios los principios de juicio y evaluación sobre las normas que tiene el grupo del que es parte interiorizándolos y asimilándolos de forma permanente como propios. (Apuntes para universitarios, 2008),
- ✓ **Conformismo:** en esta etapa el sujeto abandona totalmente los hábitos propios con el fin de garantizar la estabilidad en la nueva circunstancia que vive. (Molina, 2013).

Estos distintos procesos de adaptación social llevan a la persona a la simple supervivencia, incluso, a estados de alienación; mientras que si sus condiciones le permiten ponerse en contacto de una forma real y adecuada al nuevo medio, estará afrontando el cambio de una manera positiva. (Molina, 2013)

➤ **La sociedad y la cultura**

Los seres humanos viven dentro de un mundo social y cultural, el cual está constituido de herramientas y contenidos que las personas deben comprender y asimilar para poder formar parte de él. (Wikiversity, 2015).

El adaptarse social y culturalmente es el aprender destrezas y conocimientos apropiados o aceptados por la cultura como son el contacto de apertura, intercambio social, retroalimentación y afrontamiento de los problemas que provienen y son parte de un contexto específico. (Zubieta, Sosa & Beramendi, 2011).

La etapa de la niñez es el periodo en el cual el ser humano empieza a introducirse en el mundo socio-cultural, es por esto que se hace indispensable conocer la manera por la cual los niños se hacen parte de ese mundo. (Wikiversity, 2015).

Paguay (2010) sugiere que la adaptación social es una etapa muy difícil para la mayoría de los niños y niñas, puesto que implica adaptarse a un ambiente nuevo,

alejados de los padres, es empezar a convivir en sociedad, significa ser más independientes.

Para Vigotsk citado por (Wikiversity, 2015) el niño llega a evolucionar gracias a que incorpora la información de la cultura a su sistema, el niño ha almacenado conocimientos a lo largo de la evolución, y ha adquirido una serie de herramientas culturales como son el lenguaje, operaciones matemáticas, el arte, entre otros.

Se da entonces la aparición de los hábitos, los cuales ocupan un lugar importante en la vida del niño, pues debido a su rápido crecimiento, debe realizar cambios para no verse perjudicado por el mundo externo. (Valenzuela, 2005).

Paguay distingue que la adaptación puede ser estable en la medida que una estructura puede perpetuarse y no variar, no obstante los factores del medio pueden influir para que se dé una desestructuración; por otra parte en el caso de la adaptación decreciente, la estructura tiende al aislamiento de su medio lo que aumenta la diferenciación de sus factores internos.

➤ **Inadaptación social**

La inadaptación social se basa en un modelo que propone que en la mayor parte de los casos la inadaptación se produce debido a una carencia de elementos tanto materiales como inmateriales. (Apuntes para universitarios, 2008).

Así mismo al encontrarse dentro de un ambiente compuesto por elementos carenciales, el sujeto percibe que no tiene posibilidades de hacer frente a las exigencias del medio, de tal manera que puede llegar a realizar una conexión entre factores como la carencia, un medio hostil o marginación produciendo así a la inadaptación. (Apuntes para universitarios, 2008).

En los casos en que los individuos no pueden enfrentar los retos de su entorno, o poseen un pobre ajuste social se produce un funcionamiento desadaptativo y un desarrollo disfuncional. (Lozano, et al., 2007).

Muchas veces la dificultad de adaptación se debe a problemas de la infancia como son las pautas educativas de padres y educadores, respecto a las dificultades en la adaptación social, estas podrían deberse a características individuales tales como el temperamento y la personalidad, incluso a fuentes ambientales. (Lozano, et al., 2007).

➤ **Resistencia al proceso de Adaptación**

Para Molina (2013) A pesar de que toda persona tiene sus propias creencias y expectativas comparten costumbres y hábitos que cuando se ven modificadas por algún motivo las personas suelen resistirse a estos cambios, las resistencias pueden estar ligadas a la personalidad del individuo, a sistema social al que pertenece o al modo de implementación del cambio.

Desde la perspectiva emocional Molina (2013) sugiere que la resistencia al cambio puede pasar por cuatro etapas:

- ✓ **Negación:** En el impacto inicial, el individuo percibe el cambio como un peligro potencial que le genera ansiedad, bloqueo para afrontar la nueva situación y dificultad para avanzar optando por la inacción que le facilita quedarse anclado en el pasado.
- ✓ **Defensa:** El individuo se aferra a las costumbres y tradiciones evitando la realidad, negándose a aceptar el cambio y reaccionando ante él con rabia o apatía.
- ✓ **Aceptación:** Si la persona analiza que, además de inconvenientes, el cambio le ofrece ventajas, comenzará a aceptarlo. En esta etapa las respuestas suelen percibirse como ineficaces y con ello siente impotencia para impedir el cambio, sin embargo comienza a buscar soluciones y a desarrollar nuevas habilidades.

- ✓ **Asimilación:** Cuando las consecuencias del cambio se hacen evidentes y provocan satisfacciones, o se admite que el cambio es irreversible, el individuo lo asimila y se adapta a él, dando a su vida un sentido diferente. (Molina, 2013)

Todo proceso de cambio requiere modificar pensamientos, sentimientos, incluso la manera de reaccionar y hacer frente las distintas circunstancias, lo cual supone entonces un reto hacia lo desconocido. El cerebro humano tiende a estar adaptado por lo cual se resiste a aceptar lo desconocido, incluso cuando estas modificaciones representen

Una mejora para nuestra calidad de vida, porque lo interpreta como un peligro ancestral para la supervivencia. (Molina, 2013).

➤ **Apoyo social a pacientes oncológicos**

Dentro de los factores de riesgos encontrados se ha hallado que el apoyo social inadecuado es un riesgo elevado para la morbilidad psicológica, debido a que los aspectos del soporte social, el discutir sentimientos y recibir información; que son de particular importancia para los pacientes oncológicos, asimismo, la naturaleza aterradora y estigmatizante de la enfermedad les obstaculiza la obtención de un apoyo social adecuado , además muchas veces el desconocimiento impide que se pueda brindar el tipo de apoyo que necesita cada persona, ya que trata de casos individuales puesto que la enfermedad, y el tratamiento, es un proceso dinámico y multifactorial. (Valencia, 2006)

La adaptación psicosocial al cáncer es un largo y continuo proceso de ajuste de la persona a una gran variedad de estresores vitales vinculados a la enfermedad. (Valencia, 2006).

Los indicadores de una adaptación exitosa rodean el involucramiento en las actividades cotidianas, la habilidad para minimizar algunas alteraciones en los roles vitales y la capacidad de regular el malestar emocional.

Una variedad de factores influye en la adaptación como los derivados del cáncer, del paciente y de la sociedad, la etapa del ciclo vital y el curso clínico del cáncer. Para efectos expositivos, se tendrá en cuenta la clasificación de Harrison & Maguire (1994) de factores derivados del paciente, la enfermedad, la interacción paciente-enfermedad y el ambiente que influyen en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica. (Valencia, 2006).

Los síntomas de malestar psicológico pueden desaparecer al cabo de unas semanas con el apoyo de la familia, los amigos y el equipo médico. Sin embargo, algunos pacientes continúan experimentando altos niveles de depresión y ansiedad que persisten por semanas o meses; esta persistencia no es adaptativa y con frecuencia requiere tratamiento psicológico (Massie & Popkin, 1998). (Valencia, 2006).

Los pacientes, así como sus familiares se enfrentan a una serie de emociones negativas y experiencias, incluyendo el miedo a la muerte, la incertidumbre acerca de la naturaleza, evolución y pronóstico de la enfermedad. (Del Pino, 2012).

Cuando la intensidad de un evento tensionante permanece por largos períodos de tiempo, si sobrepasa la capacidad de adaptación o de respuesta ante la situación el riesgo de que cause un efecto dañino para la salud es alto, llegando a producirse auténticos síndromes psiquiátricos que alteran de forma significativa la calidad de vida. Teniendo que sobrellevar una disminución de la capacidad de controlar su vida, mayor dependencia hacia los demás, desequilibrio familiar, profesional y social. (Del Pino, 2012).

La familia, los amigos, las condiciones laborales, el personal sanitario, o la organización hospitalaria, pueden llegar a convertirse en elementos facilitadores o disruptores en las vidas de estas personas, llegando incluso a afectar el curso y pronóstico de la enfermedad. Esto hace que el cáncer deba ser entendido como una enfermedad compleja, en la que se intrincan múltiples variables. (Middleton, 2002).

El evento será más perjudicial en la medida en que la interpretación de la situación sea percibida como una amenaza para los diferentes aspectos de la existencia del enfermo: su vida, integridad corporal, su capacidad. (Del Pino, 2012).

El avance del conocimiento sobre los efectos de las alteraciones en el sistema nervioso central, el endocrino y el inmunitario, así como su relación con los estados de ánimo podría esclarecer la susceptibilidad personal y la evolución particular e incluso paradójica de algunos grupos de pacientes. Por último, el esclarecimiento a nivel molecular y anatómico de los múltiples puntos de interacción entre los sistemas inmunológico y neuroendocrino permitirá en el futuro un diseño más racional de fármacos para tratar las enfermedades que resultan del rompimiento en la interface de la interacción entre dichos sistemas. (Sirera, et al., 2006).

2.7.5 Cáncer

➤ Definición

La palabra cáncer no se refiere a una sola enfermedad, en realidad, esta palabra designa a un amplio grupo de enfermedades. (OMS, 2009).

El cáncer es un proceso mediante el cual las células crecen y se multiplican de manera anormal e incontrolable. (OMS 2010).

Bostwick (2013) menciona que en el organismo humano las células normales del cuerpo crecen y a su vez se dividen formando nuevas células, una vez terminada su función, estas células mueren en un proceso ordenado denominado apoptosis.

El cáncer es una enfermedad que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. (Aibar, Celano, Chambi, & Estrada, 2011).

Con el fin de facilitar el crecimiento de una persona en sus primeros años de vida, las células normales se dividen de manera muy rápida, no obstante, al convertirse la persona en adulto, el proceso cambia, y las células se dividen con el fin de remplazar células desgastadas, las células muertas o para reparar una posible lesión. (Aibar, et al., 2011).

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales, pues en lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo descontroladamente y forman así nuevas células anormales, las mismas que pueden aparecer e invadir cualquier lugar del cuerpo, causando destrucción de los tejidos. (Aibar, et al., 2011).

El motivo de que las células normales lleguen a transformarse en células cancerosas es debido a una alteración en el ADN de la célula. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere, no obstante, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería, todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula. (Aibar, et al., 2011).

En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor, algunos tipos de cáncer, como la leucemia, rara vez forman tumores. En su lugar, estas células cancerosas afectan la sangre. (Bostwick, 2013).

➤ **Tumores o neoplasias**

Según De La Garza (2006) los tumores o neoplasias son proliferaciones anormales de células, que presentan las siguientes características:

- 1) Forman una masa anormal de células
- 2) Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.

3) Conservan la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer el motivo que lo provocó, ya que las células tumorales continúan proliferando de forma independiente

Según el comportamiento clínico que poseen se diferencian dos tipos de tumores, los benignos y los malignos.

✓ **Tumores benignos**

Cuyas características no son graves; este tipo de tumor se encuentra en una zona en donde se puede extirpar mediante cirugía, en ocasiones los tumores benignos pueden causar problemas al presionan los tejidos y órganos sanos. Pese a esto, estos tumores no invaden otros tejidos, por lo cual, no implican mayores riesgos. (Aibar, et al., 2011).

✓ **Tumores malignos**

Este tipo de tumor se puede infiltrar e invade estructuras del cuerpo destruyéndolas; en ocasiones dando lugar a implantes secundarios (metástasis) resultando así en una muerte casi segura. (Aibar, et al., 2011).

➤ **Metástasis**

Es el proceso mediante el cual las células cancerosas se trasladan a otras partes del cuerpo, desarrollarse y formando tumores. (De La Garza, 2006)

En este proceso las células cancerosas ingresan al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos, sin embargo, siempre se le da el nombre del lugar donde se originó. (Bostwick, 2013).

➤ **Tipos de cáncer**

Los distintos tipos de cáncer pueden ser categorizados basándose en la función y ubicación de las células que dan paso a su origen. La Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] (2014) ha reconocido cientos de formas de cáncer según su anatomía patológica, sin embargo, varios autores han coincidido en clasificarlos de la siguiente manera:

❖ **Sarcomas**

Se trata de tumores malignos que se originan en el tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. (Aibar, et al., 2011). Dependiendo de la célula que lo produce se les asigna una denominación, así tenemos. (AECC, 2014)

- ✓ **Osteosarcoma:** (osteo = hueso) Sarcoma que deriva del hueso.
- ✓ **Liposarcoma:** (lipo = grasa) Sarcoma que deriva de la grasa.
- ✓ **Condrosarcoma:** (condro = cartílago) Sarcoma que deriva del cartílago.
- ✓ **Angiosarcoma:** (angio = Vaso) Sarcoma que deriva de los vasos sanguíneos.

❖ **Carcinomas**

- ✓ Este tipo de cáncer es el más frecuente pues se aproxima que el 80% de tumores pertenecen a este tipo (AECC, 2014) . Los carcinomas se producen en los tejidos epiteliales, tales como la piel, los epitelios que revisten las cavidades y órganos del cuerpo, y de los tejidos glandulares de la mama y la próstata. (Aibar, et al., 2011). Según sus características y origen se ha clasificado a los carcinomas es los siguientes subtipos:

- **Adenocarcinoma:** este tipo de cáncer se origina en el tejido glandular.

- ✓ **Carcinoma de células escamosas o epidermoide:** cáncer que se produce en las células no glandulares, es decir esófago, cuello de útero, entre otros.
- ✓ **Carcinoma de células basales:** Se produce en la capa más profunda de la epidermis o piel, la cual se denomina capa de células basales. Este tipo de cáncer se desarrolla crece lentamente y no suele, es el tipo de cáncer de piel más frecuente.

❖ **Melanoma**

Es un tipo de cáncer que comienza en los melanocitos, los cuales son células que producen melanina. (Santana, 2012). El melanoma tiene grandes posibilidades de ser curado en sus primeras etapas. Sin embargo, es probable que se propague a otras partes del cuerpo (AECC, 2014) .

Se conocen que los factores de riesgo que contribuyen a que el Melanoma pueda tener lugar, son el tener piel blanca, ojos azules, mantener una excesiva exposición al sol, entre otros. (De La Garza, 2006).

❖ **Leucemia**

Instituto Nacional del cáncer [INC] llamada también cáncer de la sangre, este tipo de cáncer no produce tumoración, este se localiza en la sangre y médula ósea produciendo un significativo aumento de los niveles de glóbulos blancos o leucocitos. (INC, 2014)

En función del tipo de célula alterada la leucemia se subdividen en:

- ✓ **Leucemia linfoide:**
- ✓ De acuerdo al tipo de célula alterada y al estado de maduración de las células, estas pueden ser:
- ✓ **Leucemias agudas mieloide** Es un tipo de cáncer común que se presenta en adultos, se da lugar cuando la médula ósea produce mieloblastos (plaquetas

anormales). Al no realizar las células leucémicas su tarea habitual, estas se acumulan en la médula ósea o en la sangre disminuyendo de tal manera la capacidad para el alojamiento de células normales, propagándose sobre los distintos sistemas provocando infecciones, anemias o hemorragias. (De La Garza, 2006)

- ✓ **Leucemias mieloide aguda infantil:** se origina cuando los glóbulos blancos que combaten infecciones se encuentran inmaduros. (De La Garza, 2006). Se caracteriza por graves alteraciones genéticas. (AECC, 2014) Asociación Española contra el cáncer.
- ✓ **Leucemias linfocita crónica:** en este tipo de leucemia, las células se encuentran en el último paso de la maduración, llegan a afectar a los linfocitos B produciendo inmunodepresión, insuficiencia de la médula ósea hasta llegar a la intrusión de las células cancerígenas en otros órganos. (De La Garza, 2006)

❖ **Linfoma**

El linfoma afecta un grupo de glóbulos blancos denominados linfocitos, cuya función es combatir las infecciones (INC, 2014). Los dos tipos principales tipos de linfoma:

- ✓ **Linfoma de Hodgkin:** es una condición en la cual se forman células malignas en el sistema linfático, puede presentarse tanto en niños como en adultos. (De La Garza, 2006)
- ✓ **Linfoma no Hodgkin:** es un cáncer del tejido linfoide, puede ser de crecimiento lento o rápido, se desconoce la causa de origen en la mayoría de los casos. (De La Garza, 2006).

➤ **Prevalencia del cáncer**

Según Pintado (2013) el cáncer supone la segunda causa de muerte en países desarrollados después de los trastornos cardiovasculares.

La enfermedad de cáncer es considerada por la OMS (2010) una de las principales causas de muerte alrededor del mundo; en el caso de los países con ingresos bajos y medios, quienes no poseen los recursos necesarios para enfrentar todos los gastos mantienen las tasas más altas de morbilidad debido a esta enfermedad.

Se espera que los casos de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas; se tienen datos acerca de que el 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. (OMS, 2012).

Según la OMS (2012), los tipos de cáncer que causan un mayor número de muertes anuales son:

- ✓ Pulmonar (1,59 millones de defunciones);
- ✓ Hepático (745 000 defunciones);
- ✓ Gástrico (723 000 defunciones);
- ✓ Colorrectal (694 000) defunciones;
- ✓ Mamario (521 000 defunciones);
- ✓ Cáncer de esófago (400 000 defunciones).

➤ **Etiología del cáncer**

A pesar de que no se le ha atribuido una causa específica al origen del cáncer, se conoce que este padecimiento comienza con la transformación de una sola célula, la misma que puede tener su origen en agentes exógenos o agentes endógenos. (OMS, 2010).

La OMS (2010) describe información acerca de la existencia de factores de riesgo de la enfermedad de cáncer, en los que se incluyen:

Hábitos comportamentales y alimenticios, tales como el alto índice de masa corporal o sobrepeso, escasa o nula actividad física, alimentación inadecuada. (OMS, 2010).

La exposición repetida a productos nocivos como sustancias químicas, especialmente el alquitrán de hulla y el arsénico se consideran altamente cancerígenos, sobretodo en el cáncer del pulmón a quienes están expuestos, estas sustancias interactúan de manera multifactorial para que puedan producirse los tumores malignos, otra sustancia, la cual está presente en el carbón puede llegar a producir cáncer de la piel. (Aibar, et al., 2011).

Otro agente altamente relacionado con la aparición del cáncer es la radiación, pues esta provoca cambios en el ADN en donde las rupturas de dos cromosomas pueden intercambiarse, es decir que la radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de algunos años. Asimismo los rayos ultravioletas del sol y los rayos X acrecientan las probabilidades de llegar a adquirir cáncer de piel y leucemia. (Aibar, et al., 2011)

Respecto al origen hereditario del cáncer, según Aibar, et al., (2011) entre el 5 y el 10% de los cánceres tienen un origen hereditario, especialmente en casos de cáncer de seno, y en cáncer de colon, ya que este último es más usual en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon.

Respecto al tipo de alimentación, los datos revelan que en países donde la contaminación de alimentos por moho es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta, así como en el caso de los consumidores de alcohol, ya que el abuso de esta sustancia se convierte en un importante promotor del aumento de riesgo de padecer cáncer. (Aibar, et al., 2011).

Uno de los factores mayormente precipitantes es en el caso de infecciones y virus, puesto que existen cada vez más pruebas de que estos pueden llegar a provocar

cáncer; un claro ejemplo es en el caso de la bacteria *Helicobacter pylori* y su relación con el cáncer de estómago, ya que distintos estudios han demostrado que quienes están infectados con esta bacteria tienen por lo menos cuatro veces más posibilidad de desarrollar este tipo de cáncer. (Aibar, et al., 2011).

Además, hay ciertos tipos de cáncer los cuales se le atribuyen a infecciones como las provocadas por los virus del papiloma humano y hepatitis B y los cuales son responsables de aproximadamente el 20% de muertes en países de ingresos bajos y medianos y de un 7% en los países de altos ingresos. (OMS, 2012).

❖ **Virus Papiloma Humano (VPH) y cáncer**

El virus del papiloma humano, el cual se representa con las siglas VPH, es una de las infecciones de transmisión sexual encontradas con mayor frecuencia tanto en hombres como en mujeres, la familia de los VPH muestra más de 150 tipos virales, los mismos que se han clasificado de acuerdo al riesgo oncológico que representan. (Sanjosé & García, 2006).

Además la transmisión del VPH, puede ocurrir desde la madre al niño, la presencia de este virus se ha encontrado respecto a la población mundial en un 6% de niños, 13% adolescentes y un 23% en adultos. (García, Gonzáles, Granados, 2009).

A cada variedad de los VPH se les ha asignado un número, puesto que hay tipos de VPH que producen verrugas que no son cancerosas, pero hay otros tipos que causan cáncer. (ACS, 2007).

Los órganos más susceptibles de desarrollar una transformación neoplásica a esta infección son el cuello uterino y la línea pectínea del canal anal. (García, et al., 2009).

EL Virus del Papiloma Humano como agente causal del cáncer ha sido un hecho comprobado, pues se encontró el ADN de este virus en el 99,7 % de muestras

tumorales en mujeres alrededor del mundo, en el proceso de la oncogénesis ocho son los tipos de HPV responsables de aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales, estos son: 16,18, 45, 31, 33, 52, 58, 35. (Abarca, 2006).

Los tipos de HPV 16 y 18 son los más comunes. (Abarca, 2006). Estudios realizados en distintas partes del mundo constataron que el tipo de HPV 16 produce entre el 53,5 % y 54,6 % y HPV 18 entre el 15,8 % y el 17,2 % de los cánceres cervicales. Además participan los tipos de VPH en cáncer vulva, vagina, pene, y orofaringe. (Abarca, 2006).

Según la OMS el cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas en la mujer, con un aproximado de 300.000 muertes anuales, el 80% de estos casos se presenta en países con vías de desarrollo. (López & Lizano, 2006).

En la actualidad el diagnóstico de cáncer de células escamosas positivo a VPH podría ser clínicamente relevante con fines de pronóstico; además, el diagnóstico de una malignidad asociada a VPH podría tener futuras implicaciones diagnósticas y terapéuticas, así como implicaciones en la prevención y escrutinio. (Tirado & Granados, 2007).

❖ **Consumo de Tabaco y Cáncer**

El tabaquismo es un hábito que se evidencia a nivel mundial, este es un gran factor de riesgo para el desarrollo del cáncer, pues ocasiona un 22% de las muertes por cáncer a nivel mundial y particularmente un 71% de debido al cáncer de pulmón. (OMS, 2010).

El fumar tabaco que ha llegado a ser común en las distintas poblaciones, dicho hábito es realizado tanto por hombres como por mujeres e influye en el desarrollo de neoplasias malignas y premalignas en distintas áreas del cuerpo. (Cobos, Escalante, Nieto & Meza, 2012).

Estudios realizados por el Centro de Control contra el cáncer [CDC] en el año (2015) han comprobado el hecho de que las sustancias tóxicas presentes en el humo del tabaco pueden dañar o alterar el ADN de una célula. Si el ADN que es el responsable del crecimiento y funcionamiento normal de las células, es alterado, las células podrían crecer sin control y formar tumores cancerosos.

Según la CDC (2015) las sustancias tóxicas del humo del cigarrillo perjudican y debilitan el sistema inmunológico del cuerpo, haciendo que sea ardua la tarea de matar las células cancerosas, al ocurrir esta situación las células se siguen multiplicando sin control.

Hay distintas maneras en el que el tabaquismo puede llegar a afectar la salud de las personas, se trata principalmente del tabaquismo invertido y pasivo, cada modelo presenta cambios con respecto a la incidencia y prevalencia en el apareamiento de tumores. (Cobos, et al., 2012).

✓ **Tabaquismo convencional**

En el humo inspirado del tabaco existen varios carcinógenos; como son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas, que presentan alta toxicidad, como el cianuro de hidrógeno, la benzo(a)pirina, el monóxido de carbono y óxidos de nitrógeno, entre otros, su inhalación se asocia mayormente al cáncer bucal, faríngeo y laríngeo. (Cobos, et al., 2012).

✓ **Tabaquismo pasivo**

La exposición al humo indirecto del tabaco guarda estrecha relación con el padecimiento de cáncer de cabeza y cuello, ya que, esto ocurre cuando el individuo inhala este humo, el riesgo de los fumadores pasivos está en contraer cáncer en diversos órganos, como pulmón y vías aerodigestivas superiores. (Cobos, et al., 2012)

Entonces se sabe que el consumo de tabaco es un potente riesgo para contraer distintos tipos de cáncer, en el caso del cáncer de pulmón las posibilidades aumentan con el consumo diario, la dosis acumulada, el número de años de consumo y la edad de inicio del consumo. (Caicoya & Mirón, 2003).

Se calcula que uno de cada ocho fumadores tendrá cáncer de pulmón. (Harrison, 2003). Casi 9 de cada 10 casos de cáncer de pulmón son causados por fumar cigarrillos es decir que más de 7 300 fumadores pasivos mueren al año por cáncer de pulmón ocasionado por el humo inhalado de segunda mano. (CDC, 2015)

El tabaquismo puede causar cáncer en casi todas las partes de su cuerpo, incluidas las siguientes: Boca, nariz y garganta, Laringe, Tráquea, Esófago, Pulmones, Estómago, Páncreas, Hígado, Riñones y uréteres, Vejiga, Colon y recto, Cuello uterino, Médula ósea y sangre. (CDC, 2015)

Las mujeres fumadoras son aproximadamente veintiséis veces más propensas que las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino, además miles de mujeres morirán debido al cáncer de pulmón sobrepasando considerablemente al cáncer de seno como principal causa de muerte por cáncer en las mujeres (ACS, 2014)

Múltiples estudios han expuesto de manera reiterativa que aquellas personas que mantienen el hábito de fumar tienen un riesgo de entre 3 y 13 respecto a quienes no fuman. (Sanjosé & García, 2006).

Además en el caso de los fumadores de pipa, el cáncer de labio está presente debido a que se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. (Aibar, et al., 2011).

El envejecimiento es otro gran factor estrechamente asociado respecto a la aparición del cáncer, puesto que, a medida que el ser humano va envejeciendo aumentan los riesgos de padecer cáncer, muy probablemente porque las personas van acumulando factores de riesgo relacionados a distintos tipos de cáncer,

entonces se tendrá como resultado que la mayor parte de las formas de la enfermedad de cáncer requiere varios años para desarrollarse. (OMS, 2012).

Los posibles factores causales pueden ejercer su acción en conjunto o en secuencia para iniciar o promover el desarrollo del cáncer. (Siegel, Cokkinides, Jemal, & Elizabeth, 2009).

➤ **Relación entre cáncer y depresión**

La asociación que existe entre la enfermedad de cáncer y el estado de ánimo es una condición que ya había sido sugerida desde la antigüedad, en primera instancia fue Hipócrates quien mencionó el hecho de la existencia de una relación entre las personalidades melancólicas y el cáncer; más tarde Galeno dio a conocer su opinión respecto a que las mujeres melancólicas eran más susceptibles al cáncer que las mujeres de temperamento sanguíneo. (Sirera, Sánchez & Campos, 2006).

Para Valencia (2006) en el campo de la salud, se han venido mostrando conexiones entre la enfermedad médica y morbilidad psicológica, especialmente al tratarse de pacientes oncológicos, la presencia de trastornos psicopatológicos ha sido ampliamente fundamentada.

Valencia (2006), además sugiere que algunas enfermedades mantienen determinada condición biológica y psicológica que parece favorecer la aparición de síntomas psicológicos, los mismos que son comúnmente a la enfermedad o a los efectos secundarios provocados por los tratamientos dados.

El riesgo de depresión es aún mayor en pacientes con cáncer pues ellos son tres veces más propensos a desarrollarla que la población general. (Del Pino, 2012).

Los elementos que intervienen en la aparición de un cuadro depresivo y su curso son tan variados como complejos, dichos elementos se establecen en distintos niveles y

pueden ejercer su influencia de una forma directa o indirecta sobre el afectado. (Middleton, 2002).

Los seres humanos al recibir un diagnóstico de alguna enfermedad crónica regularmente experimentan algún tipo de malestar emocional, motivo por el cual a pesar de que los trastornos del estado de ánimo suelen ser frecuentes en la población oncológica la identificación adecuada de un trastorno afectivo suele ser complicada. (Valencia, 2006)

Se dificulta la detección adecuada de la enfermedad debido a factores como: la confluencia de sintomatología somática y psíquica, en ocasiones considerar como suceso normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en la enfermedad de cáncer, deficiente formación de los sanitarios en la detección de trastornos psiquiátricos como enfermedades secundarios a la enfermedad y a los distintos tratamientos empleados. (Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

Massie, Spiegel, Lederberg & Holland citados por (Valencia, 2006) indican que la llamada “respuesta emocional” frente al diagnóstico de cáncer podría presentarse en tres fases, en donde la fase inicial es caracterizada por el rechazo, desesperación y la no aceptación del diagnóstico; seguidamente se presenta una etapa de disforia, en la cual los individuos se muestran ansiosos depresivos, muchas veces experimentan síntomas como anorexia, insomnio, irritabilidad, dificultad en atención y concentrarse; en el caso de que estas dos primeras fases han sido resueltas, se presenta como fase final una etapa de adaptación, donde los individuos toleran y aceptan su situación actual y de esta manera dan paso a reanudar sus actividades cotidianas.

El hecho de que se dé el caso de una depresión mayor no significa que esta sea es una respuesta emocional normal esperada, en realidad se considera que es una complicación significativa que demanda una evaluación precisa y un tratamiento adecuado. (Del Pino, 2012).

La depresión no tratada tiene muchos efectos negativos en los pacientes con cáncer, entre estos el aumento de la duración los pagos por hospitalización, retraso e incumplimiento del tratamiento, el riesgo más grave al que están expuestos los pacientes depresivos es el suicidio. (Del Pino, 2012).

Los pacientes con cáncer son doblemente propensos a quitarse la vida que la población general. (Oncolog, 2013).

Además se conoce que un cuadro de depresión mayor está asociado al incremento en la experimentación de síntomas, deficiente calidad de vida y pobres resultados médicos. (Valencia, 2006).

Es importante tomar en cuenta que cada paciente, posee factores psicológicos únicos e individuales como lo son, la personalidad, autoestima e historia evolutiva y psicológica en general, junto a lo anterior, se deben incluir los posibles tratamientos psiquiátricos en el caso de haberlos tenido así como la existencia de trastornos mentales comórbidos al cuadro actual, el abuso de sustancias y las pérdidas significativas en la vida de cada paciente. (Valencia, 2006)

Respecto de las demandas propias del cáncer y de sus tratamientos, debe además considerarse que el malestar psicológico puede, entre otras cosas deteriorar el apoyo social y al ser pobre o nulo puede convertirse en una crisis crónica, y la sociedad puede dar como respuesta la pérdida de apoyo, ayuda y atención prestada. (Valencia, 2006).

2.8 Hipótesis

- La depresión se relaciona con la adaptación social en pacientes con diagnóstico de cáncer.

2.9 Señalamiento De Variables De La Hipótesis

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Pacientes con diagnóstico de cáncer entre las edades de 30 a 60 años del hospital oncológico julio enrique paredes, SOLCA, Tungurahua

VARIABLE INDEPENDIENTE

Depresión

VARIABLE DEPENDIENTE

Adaptación Social

TÉRMINO DE RELACIÓN

Influencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

La presente investigación se llevó a cabo mediante la utilización del enfoque cuali-cuantitativo.

Fue de análisis cualitativo debido a que se pretendió conocer a profundidad cual es la relación entre la depresión y la adaptación social, se buscó la comprensión de los diferentes niveles de depresión de la población de estudio lo que favoreció en el análisis de los factores que inciden en las conductas de adaptación.

La investigación además tuvo un corte cuantitativo, puesto para la obtención de datos se utilizó encuestas, lo cual permite conseguir datos e información precisa y la realización un análisis estadístico de los datos obtenidos durante la investigación.

Ambos enfoques son necesarios para poder llevar a cabo el proceso investigativo, los resultados obtenidos sobre porcentajes y sobre la correlación entre las variables serán útiles para la realización de la propuesta final.

3.2. Modalidad Básica De La Investigación

3.2.1. Investigación de Campo

Es una investigación de campo ya que se recogieron datos de fuentes primarias, se aplicó a personas entre las edades de 30 a 60 años que mantienen un diagnóstico de cáncer y acuden a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador Ambato

“SOLCA”, estos pacientes representan un número considerable de población para la evaluación mediante los instrumento de recolección de datos como son los reactivos psicológicos que favorecerá el desarrollo de esta investigación

3.2.2. Investigación documental – bibliográfica

Esta investigación se sustentó a través de bases bibliográficas, debido a que tuvo como propósito desarrollar y profundizar el problema expuesto mediante el análisis de diferentes fuentes, la evaluación de diversos enfoques, teorías y criterios de diversos autores, sustentándose así en documentos bibliográficos e investigaciones previas a partir de los distintos datos obtenidos y la psicología basada en la evidencia.

3.3 Nivel o Tipo De Investigación

3.3.1 Investigación Exploratoria

Con el fin de obtener información necesaria y relevante se ha llevado a cabo este tipo de investigación, en primera instancia los datos e información se han obtenido a través de la recopilación de fuentes bibliográficas, como revistas científicas, libros, tesis, artículos, entre otros, seguidamente se continúa con la investigación a través de la aplicación de reactivos psicológicos estandarizados a la población seleccionada que sustentará la información recopilada, toda los datos obtenidos otorga credibilidad y validez al proceso investigativo.

3.3.2 Investigación Descriptiva

A través del enfoque que se le ha dado al proyecto, se tomarán en cuenta varios aspectos para llevarlo a cabo, además de contar con las dos variables expuestas, las cuales son depresión y adaptación social, se ha propuesto que los participantes de la investigación estén en determinado rango de edad, presenten un diagnóstico de cáncer y que quienes participen en la investigación sean tanto hombre como mujeres,

los resultados que se obtendrán serán precisos en la medida que se utilizarán procesos, metodología y técnicas estandarizadas.

3.3.3 Investigación Asociación de variables

Se debe tener claro entendimiento de cada una de las variables propuestas en su aspecto particular, con el fin de comprender como pueden llegar dichas variables a relacionarse, es así que, se propone como variable independiente la depresión y como variable dependiente la adaptación social, el fin de la investigación será la comprobación o rechazo de la hipótesis acerca de la influencia de los diferentes estados depresivos en la adaptación social de pacientes oncológicos basado en la interrelación de las mismas.

3.3.4 Investigación Explicativa

El enfoque y metodología aplicada a la investigación ofrece un amplio campo para la comprensión del proceso investigativo, para llegar a esta comprensión se utilizaron varios recursos como la recolección de información a través de fuentes bibliográficas y otros datos obtenidos gracias a la aplicación de los correspondientes reactivos psicológicos en el campo de estudio.

El trabajo realizado está basado en teorías científicas y psicológicas, por lo cual es de gran pertinencia llevarlo a cabo, esto se hace posible debido a la dinámica que existe las variables propuestas la cuales permiten que el trabajo investigativo contribuya al avance de la ciencia.

3.4 Población y Muestra

La investigación se realizó con pacientes oncológicos que acudieron al Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, “SOLCA” en la provincia de Tungurahua.

En este proyecto investigativo se evaluó a 82 personas quienes dentro del rango de edad de los 30 a 60 años acudieron a la unidad oncológica SOLCA el período comprendido desde “Diciembre 2014- Mayo 2015”, período en el cual se realizó el proceso de investigación.

3.5 Operacionalización De Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: Depresión

TABLA N°1

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La depresión es una enfermedad del estado de ánimo que involucra varios síntomas a nivel físico y mental, se sabe además que su etiología puede mantener un componente endógeno en el caso de factores de personalidad, temperamento y susceptibilidad genética así como un componente exógeno o ambiental debido a la exposición de la persona a distintas situaciones. (Ferre, 2007).</p>	Depresión Leve	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de tristeza recurrentes • Presencia de anhedonia. 	<ul style="list-style-type: none"> • A veces me siento deprimido. • Algún tiempo atrás disfrutaba más de mis actividades. • En general me siento bien de salud. 	<p>Técnica: Técnica psicométrica</p> <p>Instrumento: Escala de Hamilton Depresión. HAM-D. (Hamilton, 1960).</p>
	Depresión Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de síntomas somáticos y psicológicos. • Sentimientos de culpa y sentimientos de desesperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento fatigado, cansado, constantemente me duele la cabeza, el estómago. • Pienso mucho en los errores del pasado. 	
	Depresión Severa	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en el número de síntomas e intensidad de los mismos. • Ideas de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • He perdido peso y prácticamente no puedo dormir, trabajar, concentrarme. • Pienso que la vida no tiene sentido. • Parece como que mi cuerpo y mente estuvieran separados. 	
	Depresión muy Severa	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de síntomas • Intentos de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo ideas frecuentes de quitarme la vida. • Parece como que mi mente y mi cuerpo estuvieran separados 	

		<ul style="list-style-type: none">• Despersonalización y Desrealización		
--	--	---	--	--

Fuente: Operacionalización Depresión.

Elaborado por: Charvet M, 2016

VARIABLE DEPENDIENTE: Adaptación Social

TABLA N°2

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>La adaptación social es un proceso de ajuste y orden de las personas dentro de una sociedad, a nivel cognitivo respecto a las interacciones y aprendizaje, a nivel conductual respecto a lo que cada quien proyecta de sí mismo y la dirección que le da a estas operaciones de conducta en el ámbito donde se desenvuelve. (Moreno, 1999).</p>	Desadaptación social	<p>Dificultad para adaptarse al medio. Desacuerdo con las normas sociales. Escasa o nula interacción social.</p>	<p>-Me siento rechazado, excluido de mi círculo social. -No soy capaz de organizar mi entorno según lo que quiero y necesito - Evito con frecuencia tener contacto con mi familia y amigos.</p>	<p>Técnica: Técnica psicométrica</p> <p>Instrumento: Escala autoaplicada de adaptación social "SASS". (Bosc, Dubini, Polin.1997)</p>
	Normal adaptación social	<p>Adaptado al entorno donde se desenvuelve. Participación en eventos sociales. Interés en mantener contacto con familiares y amigos.</p>	<p>-Mantengo contacto frecuente con mis amigos, vecinos, familiares. -Regularmente asisto a reuniones</p>	
	Superadaptación social patológica	<p>Sobrevaloración a la crítica social.</p>	<p>-Constantemente busco información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar mi relación con los demás. -Vivir en sociedad la es fantástico, no podría vivir sin amigos. -Es indispensable todo el</p>	

			tiempo agradecer a quienes nos rodean.	
--	--	--	--	--

Fuente: Operacionalización Adaptación Social.

Elaborado por: Charvet M, 2016

3.6. Técnica E Instrumentos

Para la recolección de información se utilizará diferentes técnicas e instrumentos como son:

- **ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAMILTON) (HAM-D).**
- ✓ **Autor:** M. Hamilton.
- ✓ **Año:** 1960
- ✓ **Objetivo:** Medir cuantitativamente la presencia y la intensidad del trastorno depresivo, además permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento y valorar los cambios en el paciente.
- ✓ **Estructura y dimensiones:** La escala de Hamilton es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión.
- ✓ El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. Su contenido está centrado en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son: Índice de melancolía, formado por los ítem 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales); Índice de ansiedad, formado por los ítem 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática); Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítem referidos a insomnio (4,5,6).
- ✓ Respecto a la forma de aplicación, se debe aplicar como complemento a la entrevista realizada al paciente. Se informa al paciente sobre la intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como intensidad de los síntomas).

- ✓ **Calificación:** Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, se marca la puntuación que se ajuste más a la sintomatología del paciente. Las puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem.
- ✓ Ausencia de Depresión: 0-7
- ✓ Depresión ligera/menor: 8-13
- ✓ Depresión moderada: 14-18
- ✓ Depresión severa: 19-22
- ✓ Depresión muy severa: >23

- ✓ **Resultados:** Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

- ✓ **Validez:** Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la
- ✓ Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología
- ✓ Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

- ✓ **Fiabilidad:** En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

➤ **ESCALA AUTOAPLICADA DE ADAPTACIÓN SOCIAL**

- ✓ **Autores:** M. Bosc, A. Dubini, V. Polin.
- ✓ **Año:** 1997
- ✓ **Objetivo:** La SASS fue diseñada para evaluar la conducta y el ajuste social de los pacientes con depresión.
- ✓ **Estructura y dimensiones:** Es una escala autoaplicada que recoge la percepción del sujeto de su funcionamiento social. Consta de 21 ítems que exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de la vida: Trabajo- Familia- Ocio- Relaciones sociales- Motivación/ Intereses.
- ✓ El evaluado debe contestar a cada pregunta utilizando una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde el 0 (el peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento).
- ✓ **Calificación:** Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems. Esa puntuación total oscila entre 0 y 60 (en vez de 63, ya que 2 ítems, el 1 (trabajo remunerado) y el 2 (tareas domésticas o trabajo no remunerado), son mutuamente excluyentes).
- ✓ Los puntos de corte propuestos por los autores son:
 - < 25: desadaptación social
 - 25-52: normalidad
 - >: 55: superadaptación patológica.

- ✓ **Resultados:** La puntuación total se obtiene de la suma directa de las puntuaciones de los 20 ítems que responde cada individuo, ya que los dos primeros son mutuamente excluyentes.

- ✓ **Validez y Confiabilidad:**
- ✓ El primer paso realizado fue la traducción directa de la versión inglesa de la escala SASS. Para evaluar la comprensión de la escala, ésta se sometió a la aplicación individual y discusión en grupo en muestras piloto de pacientes depresivos y estudiantes universitarios.
- ✓ Seguidamente, los investigadores participantes del estudio valoraron matizaciones culturales a incorporaron en algunos ítems y se consensuó el protocolo de validación de la escala.
- ✓ Para la validación de la escala SASS se propuso un estudio transversal y multicéntrico, en población depresiva española adulta que acudía a consulta psiquiátrica.

- ✓ **Fiabilidad**

- ✓ Los coeficientes de correlación lineal de Pearson entre la puntuación de la escala y la puntuación total eliminando cada vez un ítem fueron en todos los casos superiores a 0,99. El coeficiente alfa de Cronbach para los datos iniciales sin estandarizar presentó un valor de 0,879, superior al obtenido en la validación original (0,74). El coeficiente de Cronbach también se calculó tras eliminar en cada ocasión un ítem de la escala y en ningún caso se obtuvo una mejora sustancial en su consistencia interna; los coeficientes resultaron siempre elevados (entre 0,868 y 0,879).

3.7. Plan De Recolección De Información

TABLA N°3

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
➤ ¿Para qué?	Para la realización de los objetivos propuestos y la comprobación o rechazo de la hipótesis planteada.
➤ ¿De qué personas u objetos?	82 pacientes con diagnóstico de cáncer
➤ ¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Depresión Variable dependiente: Adaptación Social
➤ ¿Quién – Quienes?	La investigadora María del Carmen Charvet, estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato
➤ ¿Cuándo?	Durante el periodo Diciembre 2014-Mayo 2015.
➤ ¿Dónde?	Hospital Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua.
➤ ¿Cuántas veces?	Una sola vez
➤ ¿Qué técnicas de recolección?	Técnicas psicométricas (2 cuestionarios)
➤ ¿Con qué?	Test de Hamilton Depresión y Escala de Adaptación Social “SASS”
➤ ¿En qué situación?	De acuerdo a la facilidad

Fuente: Plan de recolección.

Elaborado por: Charvet M, 2015

3.6 Plan De Procesamiento De La Información

Los datos recogidos se transformaran siguiendo ciertos procedimientos:

- ✓ Revisión crítica de la información recogida, es decir limpieza de la información defectuosa.
- ✓ Repetición de la recolección en ciertos casos individuales para corregir fallas de contestación.
- ✓ Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- ✓ Elaboración de cuadros estadísticos.
- ✓ Presentación gráfica de datos.
- ✓ Análisis e Interpretación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Análisis e Interpretación

TABLA N°4

GÉNERO	Población	Porcentajes %
Masculino	39	47,56
Femenino	43	52,44
Total	82	100,00

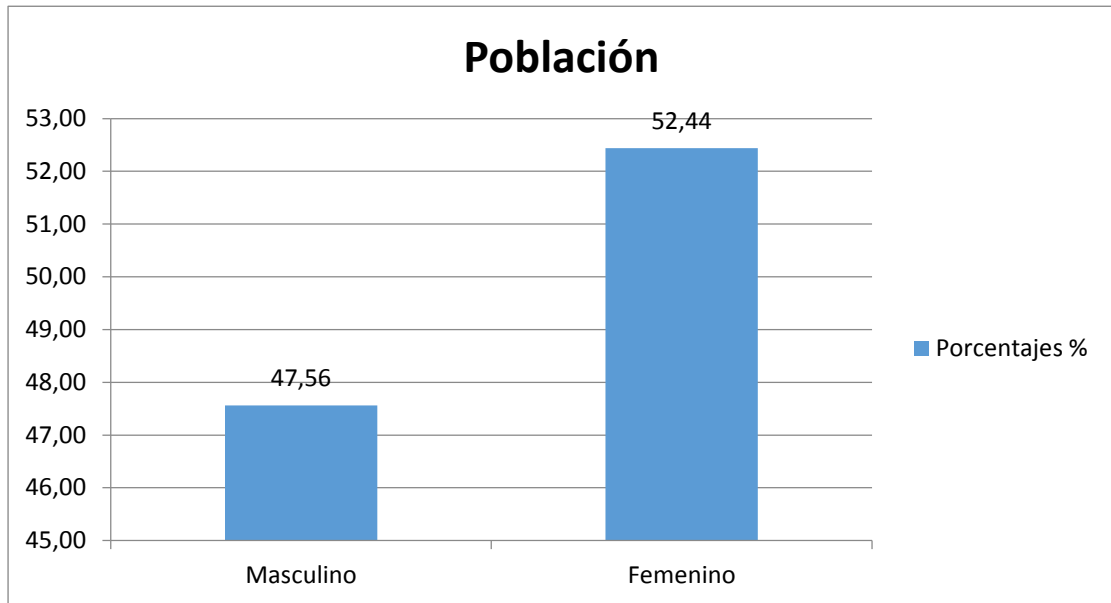
Fuente: Género.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis:

Del total de los pacientes evaluados se encontró que una cantidad de 43 pacientes son mujeres lo que equivale en porcentajes al 55,44 %, respecto a los hombres se evaluó a 39 pacientes, es decir el 47,56 % del total.

GRÁFICO N°5



Fuente: Género.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede apreciar a través del siguiente gráfico que dentro del período investigativo, la mayoría de pacientes que acudieron al hospital fueron mujeres.

4.1.1 ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HAMILTON) (HAM-D).

1. Estado de ánimo deprimido (humor depresivo, tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad).

TABLA N°5

Estado de ánimo deprimido	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	8	9,76
Leve	28	34,15
Moderado	26	31,71
Severo	16	19,51
Muy severo	4	4,88
Total	82	100,00

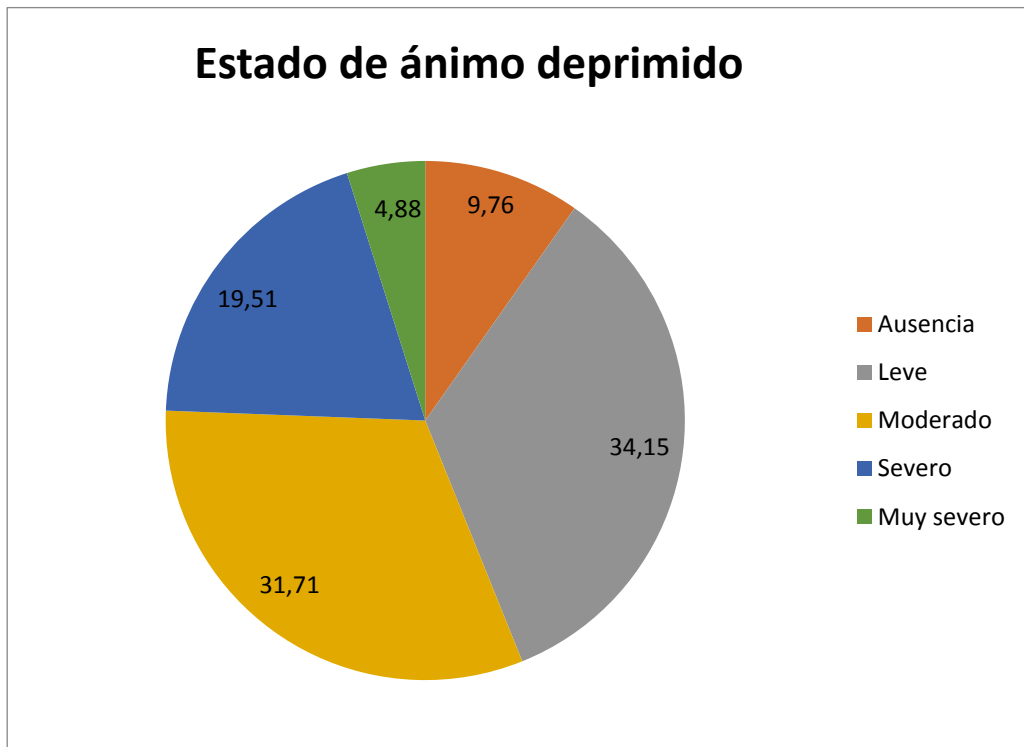
Fuente: Pregunta 1.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Los resultados obtenidos respecto al estado de ánimo deprimido en los pacientes revelan que en el 34% de los investigados mantienen un nivel leve, un 31,71% muestran una medida moderada, el 19,51 % se sitúa en un rango severo, el 9,76 revelan no tener un estado de ánimo deprimido o estar en ausencia de este, y el menor porcentaje de 4,88 % indica tener un estado de ánimo deprimido muy severo.

GRÁFICO N°6



Fuente: Pregunta 1.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

A través de los datos que se presentan se puede evidenciar que la mayor parte de la población evaluada mantiene un leve estado de ánimo deprimido, es decir estas personas muestran signos de tristeza, desesperanza, los mismos que se presentan ocasionalmente, por otro lado se puede apreciar que en menor porcentaje se encuentra un estado de ánimo deprimido en forma muy severa, en donde los síntomas mencionados anteriormente se encuentran mayormente marcados y las persona que lo tienen los vivencian todo el tiempo.

2. Sentimientos de culpa (se culpa a sí mismo, tiene ideas de culpabilidad sobre errores y acciones del pasado, oye voces acusatorias de amenaza).

TABLA N°6

Sentimientos de culpa	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	30	36,59
Leve	24	29,27
Moderado	16	19,51
Severo	12	14,63
Muy severo	0	0,00
Total	82	100,00

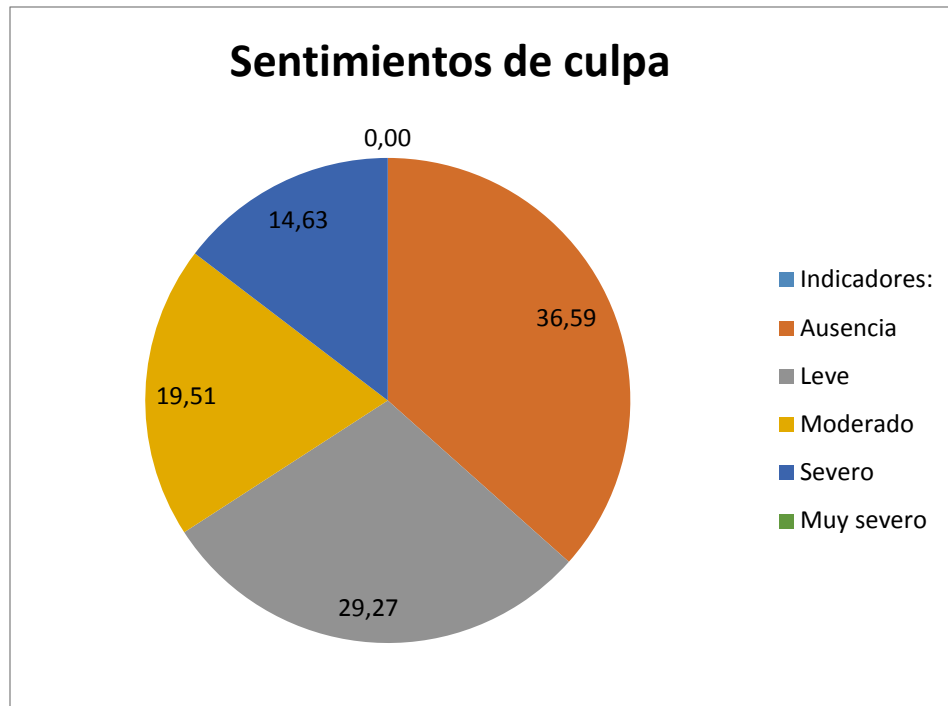
Fuente: Pregunta 2.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis Cuantitativo:

Los resultados obtenidos respecto a la población oncológica evaluada muestran que el 36,59% de los pacientes no presentan sentimientos de culpa, es decir hay ausencia de estos sentimientos, el 29,27% refieren la leve presencia de ellos, el 14,63 de los investigados poseen un nivel moderado y el 14,6% de los pacientes mantienen un nivel severo, con respecto al nivel muy severo, no se hallaron datos en esta área evaluada.

GRÁFICO N°7



Fuente: Pregunta 2.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Este tipo de sentimientos se caracteriza la culpa que sienten las personas hacia sí mismas, tienen sentimientos sobre errores y acciones del pasado, se halló que la mayor parte de los pacientes evaluados no presentan este síntoma psicológico, no obstante, se encontró que la minoría de los evaluados presentaron en un nivel severo respecto a estos sentimientos.

3. Impulsividad suicida (le parece que la vida no vale la pena ser vivida, mantiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse, ideas o intentos de suicidio).

TABLA N°7

Impulsividad suicida	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	46	56,10
Leve	20	24,39
Moderado	14	17,07
Severo	2	2,44
Muy severo	0	0,00
Total	82	100,00

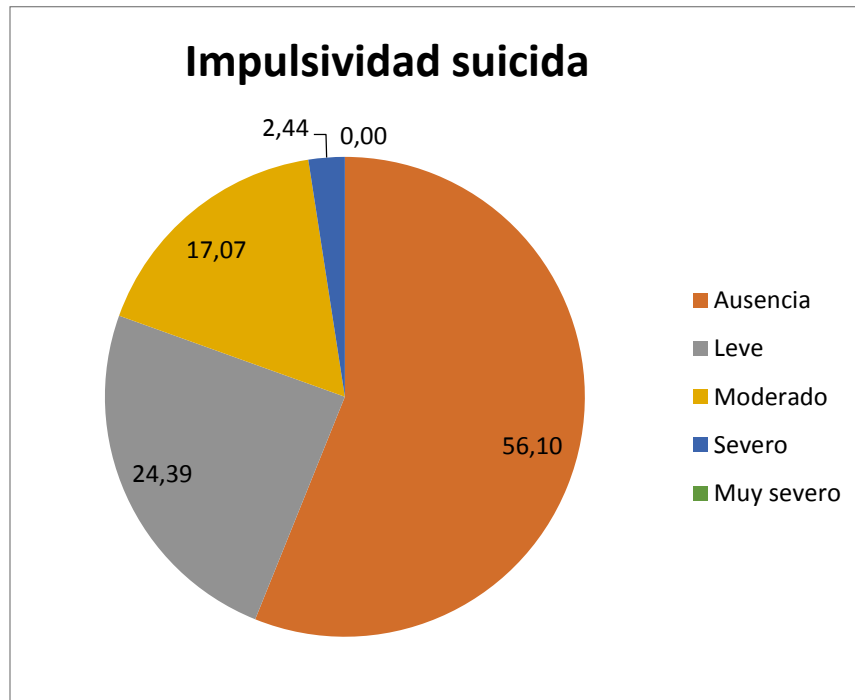
Fuente: Pregunta 3.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De la población evaluada se ha encontrado que el 56,10% no presenta impulsividad suicida, un 24,39% de los pacientes mantienen un nivel leve en esta área, respecto al 17,07% de los evaluados se encontró que poseen un nivel moderado, el 2,44% y en el nivel muy severo de impulsividad suicida no se evidencia porcentaje alguno.

GRÁFICO N°8



Fuente: Pregunta 3.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayoría de los pacientes oncológicos están en ausencia de impulsividad suicida, la menor parte de los evaluados refieren tener niveles de severidad en ésta área, lo cual significa que constantemente mantienen pensamientos sobre la posibilidad de morir, piensan que la vida no tiene sentido e incluso pueden llegar a cometer intentos autolíticos en este nivel.

4. Insomnio precoz (dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño, dificultad para dormir cada noche).

TABLA N°8

Insomnio precoz	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	16	19,51
Leve	34	41,46
Moderado	32	39,02
Total	82	100,00

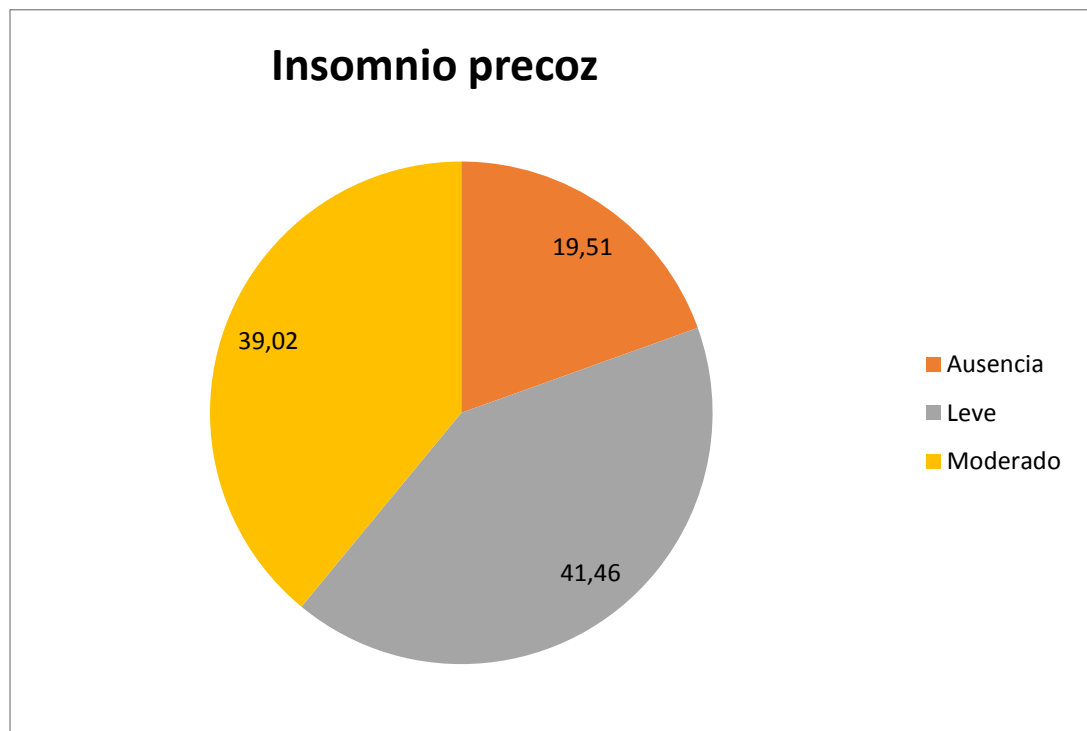
Fuente: Pregunta 4.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la presencia de insomnio precoz en los pacientes, los datos arrojaron que el 41,46% de los investigados presentan un insomnio precoz leve, asimismo el 39,02% presenta este tipo de insomnio en nivel grave y el 19,51% de la población refiere no tener insomnio precoz.

GRÁFICO N°9



Fuente: Pregunta 4.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

En su mayoría los pacientes evaluados presentan insomnio precoz en nivel leve, es decir que ellos ocasionalmente tienen dificultades para poder conciliar el sueño o tardan más tiempo para poder dormir, así también la menor parte de los pacientes oncológicos refieren estar en ausencia de insomnio precoz.

5. Insomnio intermedio (está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche).

TABLA N°9

Insomnio intermedio	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	8	9,76
Leve	36	43,90
Moderado	38	46,34
Total	82	100,00

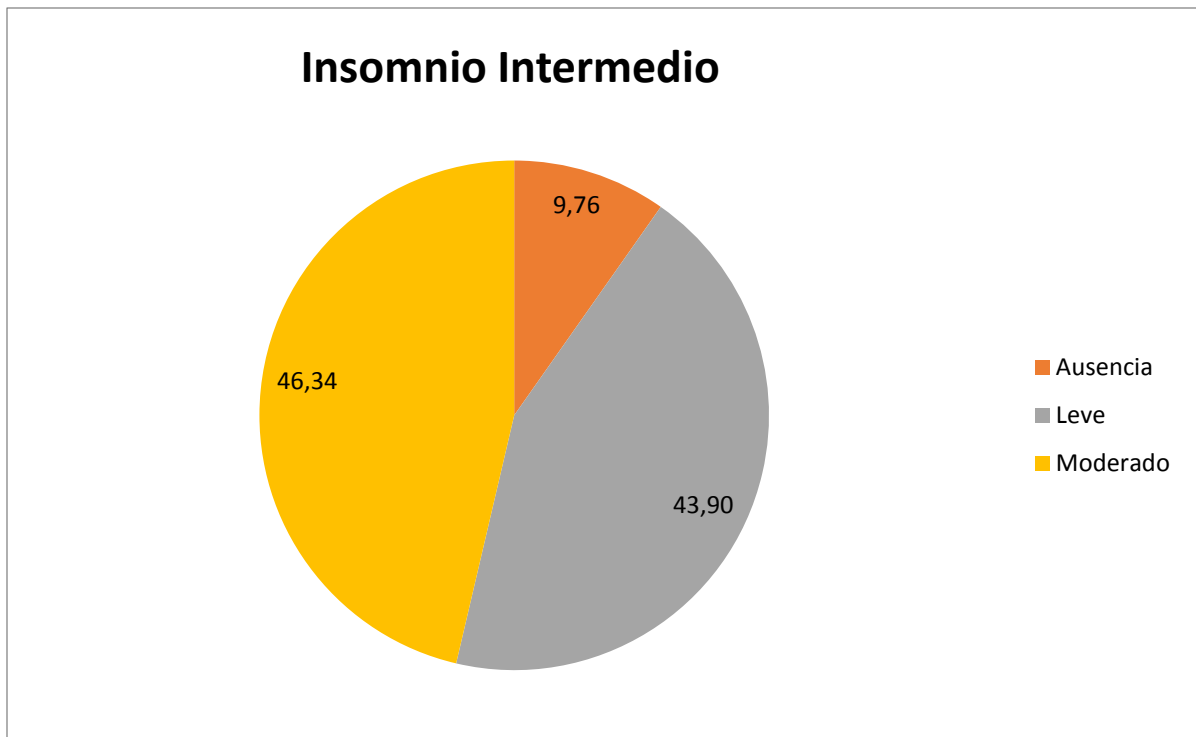
Fuente: Pregunta 5.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de las personas investigadas se halló que el 46,34% de la población presenta insomnio intermedio en nivel moderado, el 43,90% revelan estar en un nivel leve y el 9,76% de los pacientes no presentan este tipo de insomnio.

GRÁFICO N°10



Fuente: Pregunta 5.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

En su gran mayoría los pacientes indagados presentan insomnio intermedio, el mismo que se caracteriza por la incapacidad de mantener un sueño placentero, debido a que las personas que poseen este tipo de insomnio se encuentran inquietas y se despiertan varias veces en la noche y no pueden mantener un sueño reparador.

6. Insomnio tardío (se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir, no puede volver a dormirse si se levanta de la cama).

TABLA N°10

Insomnio tardío	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	12	14,63
Leve	22	26,83
Moderado	48	58,54
Total	82	100,00

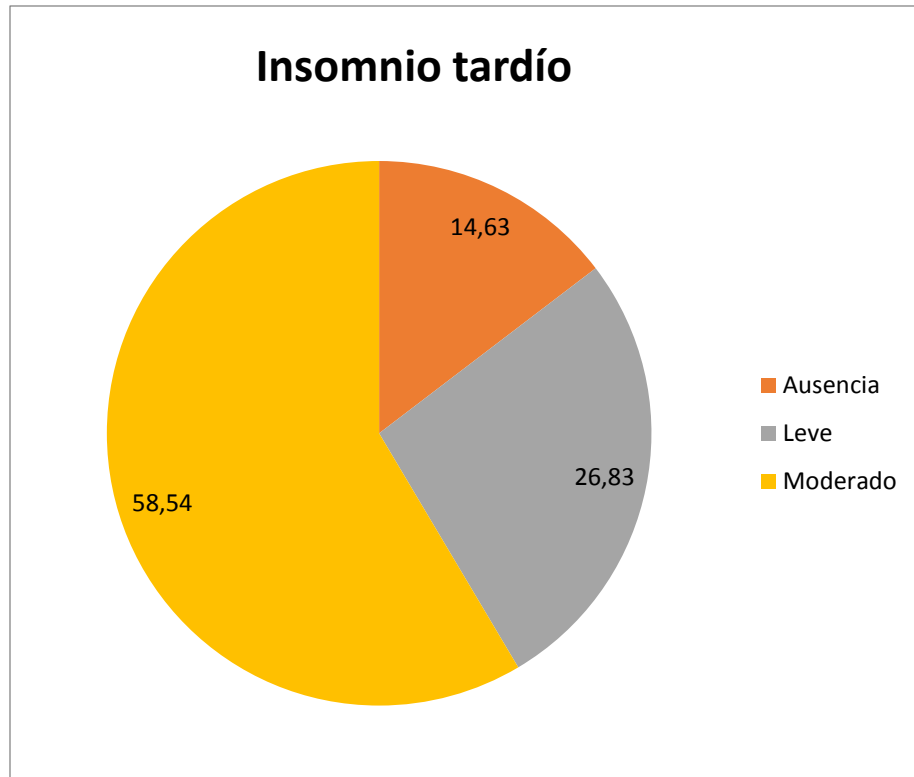
Fuente: Pregunta 6.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la población total, los datos arrojaron que el 58,54% de los evaluados presentan insomnio tardío, el 26,83% presentan este tipo de insomnio en un nivel leve y que el 14,63% de los encuestados no evidencia este síntoma.

GRÁFICO N°11



Fuente: Pregunta 6.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayor parte de los pacientes presenta insomnio tardío, el cual se caracteriza por que la persona se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir, no obstante, si la persona se levanta de la cama ya no puede conciliar nuevamente el sueño.

7. Trabajo y actividades (ideas de incapacidad, pérdida de interés y disminución de la atención y concentración en sus actividades).

TABLA N°11

Trabajo y actividades	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	22	26,83
Leve	28	34,15
Moderado	18	21,95
Severo	12	14,63
Muy severo	2	2,44
Total	82	100,00

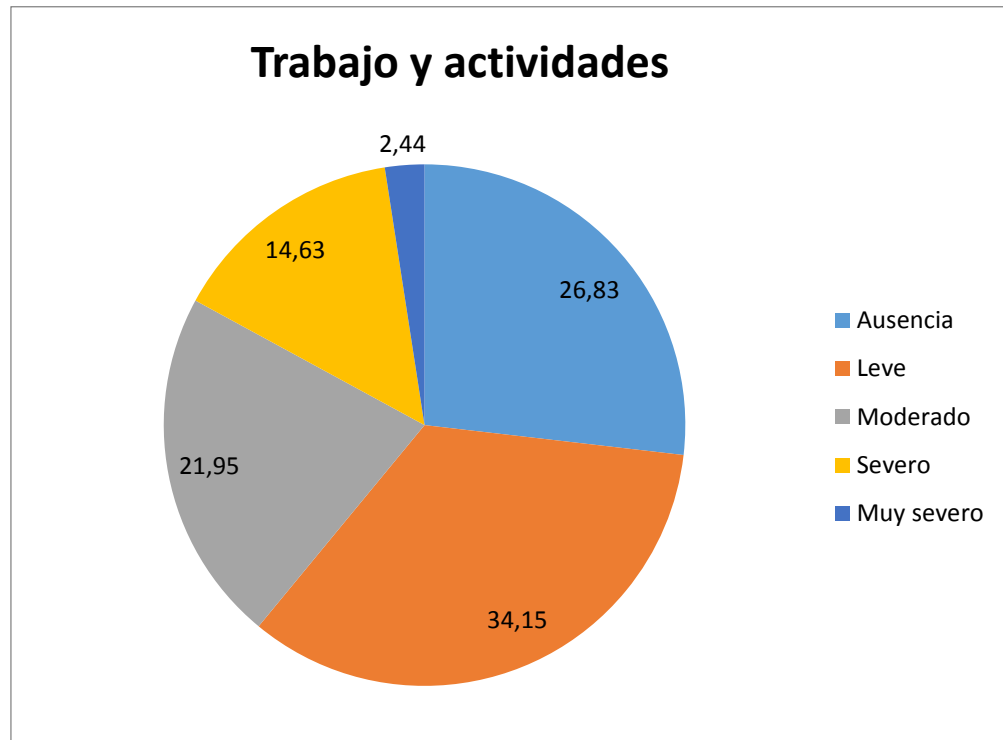
Fuente: Pregunta 7.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a los datos obtenidos se puede apreciar que el 34,15 % de los evaluados mantiene dificultad en la realización de trabajos y actividades, en un porcentaje de 26,83 % los evaluados manifiestan estar en ausencia de esto, el 21,95% presenta esta dificultad en un nivel moderado, el 14,63% refiere estar en un nivel severo y tan sólo el 2,44% presenta dificultades muy severas en esta área.

GRÁFICO N°12



Fuente: Pregunta 7.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayor parte de los pacientes refieren que ocasionalmente tienen ideas y pensamientos incapacitantes lo que disminuye la atención y concentración al momento de realizar tareas, trabajos y actividades diarias, por otra parte la minoría de estos pacientes experimentan este malestar con mayor intensidad y frecuencia.

8. Inhibición psicomotora (retrasos en el habla, dificultad o incapacidad para expresarse).

TABLA N°12

Inhibición Psicomotora	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	20	24,39
Leve	40	48,78
Moderado	20	24,39
Severo	2	2,44
Muy severo	0	0,00
Total	82	100,00

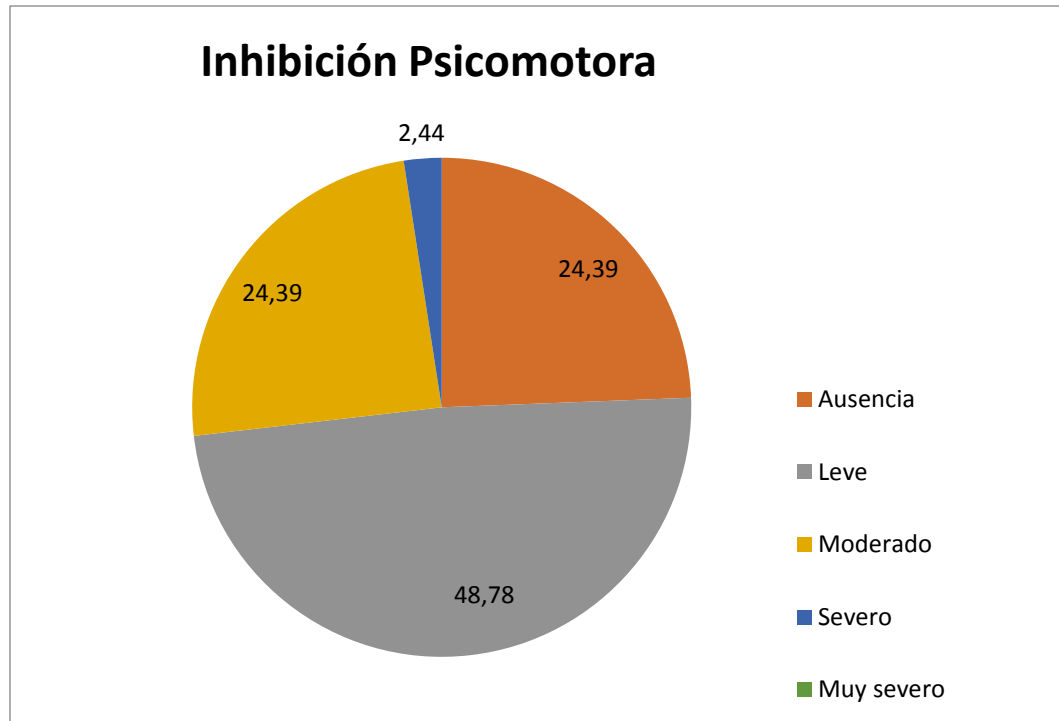
Fuente: Pregunta 8.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De la población total se encontró que el 48,78% de los investigados presenta una leve inhibición psicomotora, se pudo evidenciar que el 24,39% de la población mantiene una inhibición en nivel moderado y que en igual porcentaje refiere la ausencia de la misma, asimismo el 2,44% presenta severa inhibición psicomotora, además cabe acotar que en el nivel muy severo de la escala no se obtuvieron porcentajes.

GRÁFICO N°13



Fuente: Pregunta 8.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayoría los pacientes evaluados revelan tener leve inhibición psicomotor, la cual se caracteriza por lentitud de pensamiento y lenguaje, dificultades de concentración y una notable disminución de la actividad motora, así también se ha encontrado que la menor parte de los evaluados presenta síntomas severos en este ítem.

9. Agitación psicomotora (juega con sus dedos, manos, no puede quedarse quieto ni permanecer sentado, retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios).

TABLA N°13

Agitación	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	24	29,27
Leve	32	39,02
Moderado	26	31,71
Total	82	100,00

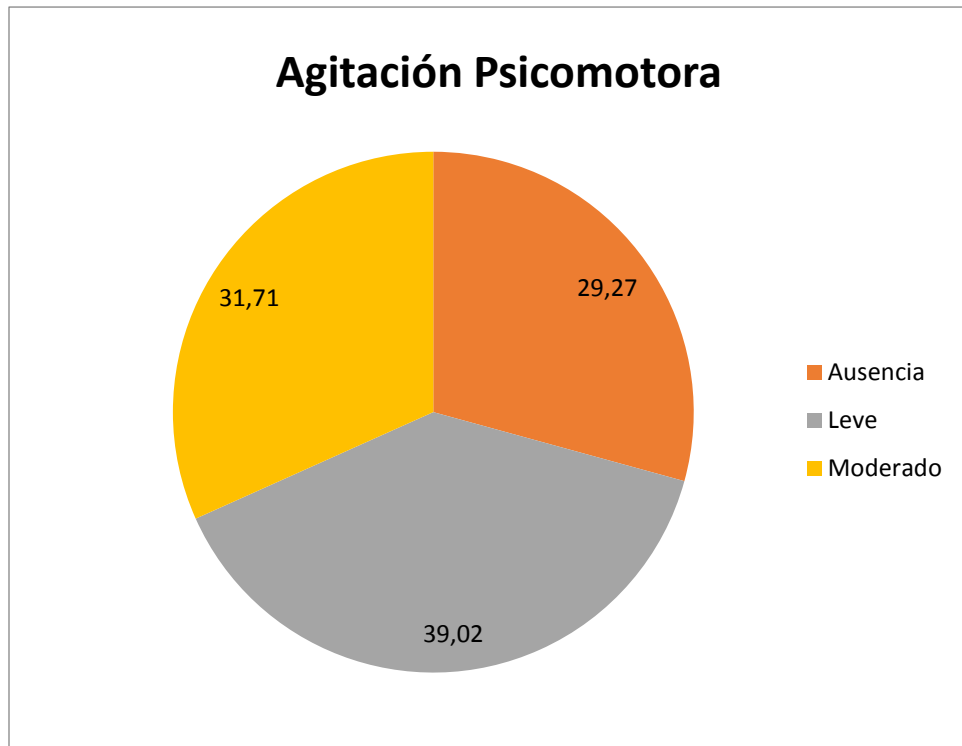
Fuente: Pregunta 9.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la población total, se ha encontrado que el 39,02% de los evaluados presentan agitación psicomotora en nivel leve, seguidamente se puede observar que un 29,27% de los pacientes no presenta este tipo de síntoma, así también el 31,71% presenta agitación psicomotora en un nivel moderado.

GRÁFICO N°14



Fuente: Pregunta 9.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

En su gran mayoría los pacientes oncológicos revelan tener agitación psicomotora, la cual se caracteriza porque el paciente tiene la tendencia a jugar con sus dedos, sus manos, su cabello, suele retorcer sus manos, se muestra incapaz de permanecer sentado, asimismo se ha encontrado que la menor parte de los evaluados no presenta síntomas de agitación psicomotora.

10. Ansiedad psíquica (tensión subjetiva e irritabilidad, preocupación por pequeñas cosas, actitud aprensiva en la expresión o en el habla, expresa sus temores).

TABLA N°14

Ansiedad Psíquica	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	18	21,95
Leve	16	19,51
Moderado	28	34,15
Severo	16	19,51
Muy severo	4	4,88
Total	82	100,00

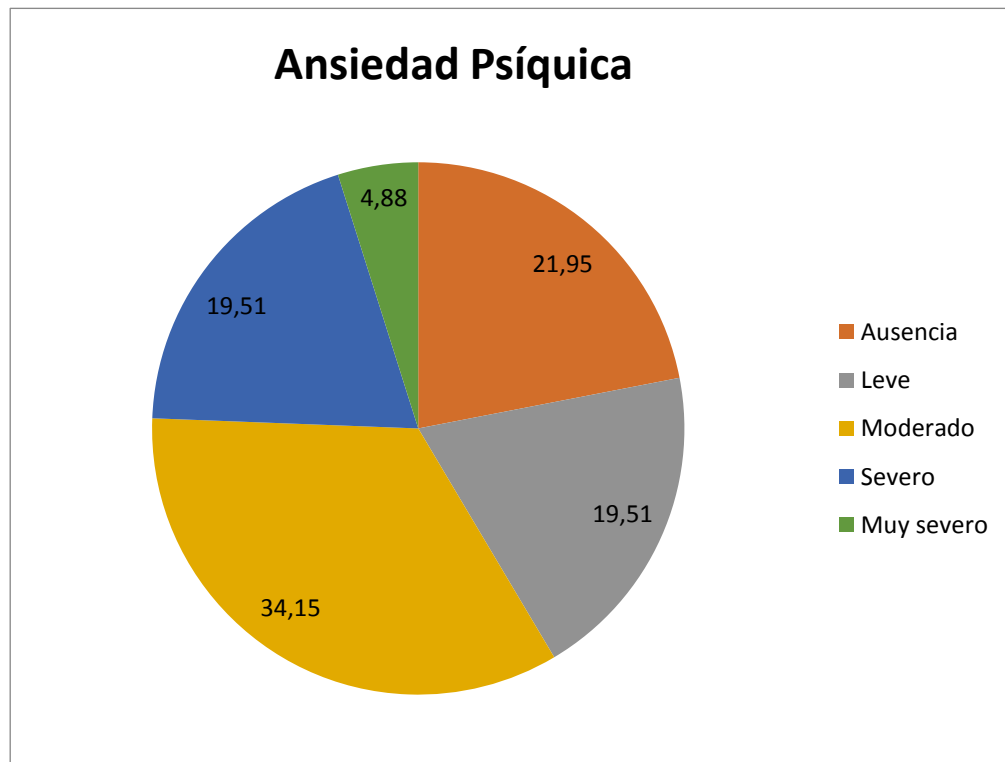
Fuente: Pregunta 10.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Se ha hallado que el 34,15% de los encuestados manifiesta tener ansiedad psíquica, con un porcentaje de 21,95% se encuentran quienes no presentan este síntoma, un 19,51% presenta ansiedad psíquica en un nivel leve, con igual porcentaje es decir que también un 19,51% presenta ansiedad psíquica en un nivel moderado y el 4,88% muestra este tipo de ansiedad en niveles muy severos.

GRÁFICO N°15



Fuente: Pregunta 10.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

En la mayor parte de la población investigada se ha encontrado evidencias de que poseen ansiedad psíquica, la misma que se caracteriza por la presencia de tensión subjetiva e irritabilidad, preocupación por pequeñas cosas, comportamiento aprensivo y una pequeña parte de estos pacientes manifiesta tener este tipo de síntomas con mayor regularidad e intensidad.

11. Ansiedad somática (síntomas cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración).

TABLA N°15

Ansiedad Somática	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	22	26,83
Leve	30	36,59
Moderado	14	17,07
Severo	14	17,07
Muy severo	2	2,44
Total	82	100,00

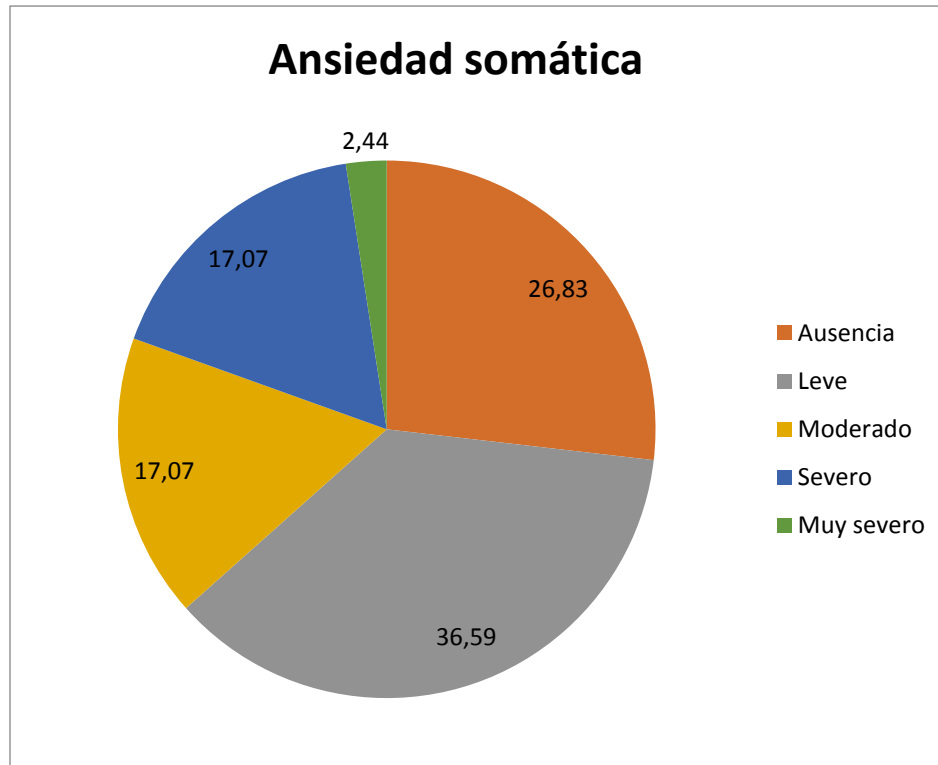
Fuente: Pregunta 11.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De la muestra total de la población investigada se ha encontrado que el 36,59% de los pacientes presentan ansiedad somática en un índice leve, el 26,83% no presentan ansiedad somática, con un 17,07 se han hallado índices de moderados y con igual porcentaje un índice severo de ansiedad somática y únicamente un 2,44 de los evaluados manifestó tener niveles muy severos en esta área.

GRÁFICO N°16



Fuente: Pregunta 11.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Con respecto a los datos encontrados sobre la presencia de ansiedad somática, se puede deducir que un alto índice de los pacientes oncológicos ha manifestado ansiedad somática que se caracteriza por el apareamiento de síntomas cardiovasculares, tales como palpitaciones, cefaleas; síntomas respiratorios, como la hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración frecuente, entre otros.

12. Síntomas gastrointestinales (pérdida del apetito, sensación de pesadez en el abdomen, dificultad en comer si no se le insiste, sequedad de boca, diarrea, estreñimiento, eructos, indigestión, etc).

TABLA N°16

Síntomas Gastrointestinales	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	18	21,95
Leve	44	53,66
Moderado	20	24,39
Total	82	100,00

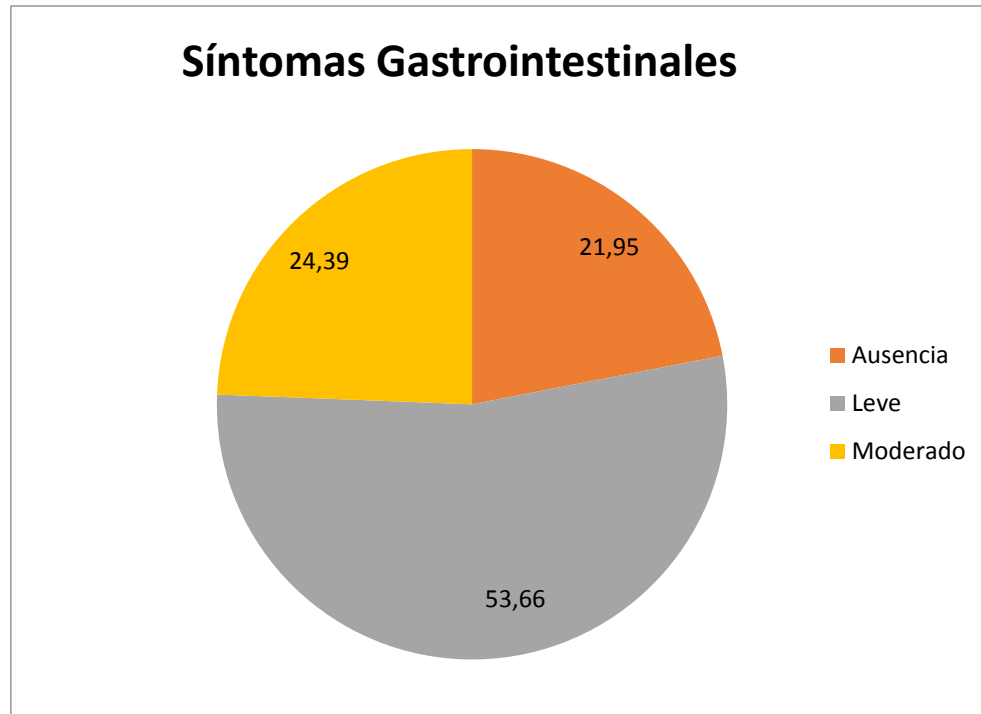
Fuente: Pregunta 12.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Los porcentajes obtenidos de la población total, revelan que las personas evaluadas, mantienen un nivel de presencia de síntomas gastrointestinales leve, lo que representa un porcentaje de 53,66%, con un porcentaje de 24,39% se registra un nivel moderado y el 21,95% representa el porcentaje de personas que no manifiesta tener este tipo de sintomatología.

GRÁFICO N°17



Fuente: Pregunta 12.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Respecto a este tipo de síntomas se puede evidenciar que en su gran mayoría la población evaluada contestó que por ocasiones han presentado este tipo de síntomas, los mismos que se manifiestan en el cuerpo a través de la pérdida del apetito, sensación de pesadez abdominal, sequedad de boca, diarrea o estreñimiento, frecuentes eructos e incluso casos de indigestión.

13. Síntomas somáticos generales (pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefaleas, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad).

TABLA N°17

Síntomas somáticos generales	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	36	43,90
Leve	34	41,46
Moderado	12	14,63
Total	82	100,00

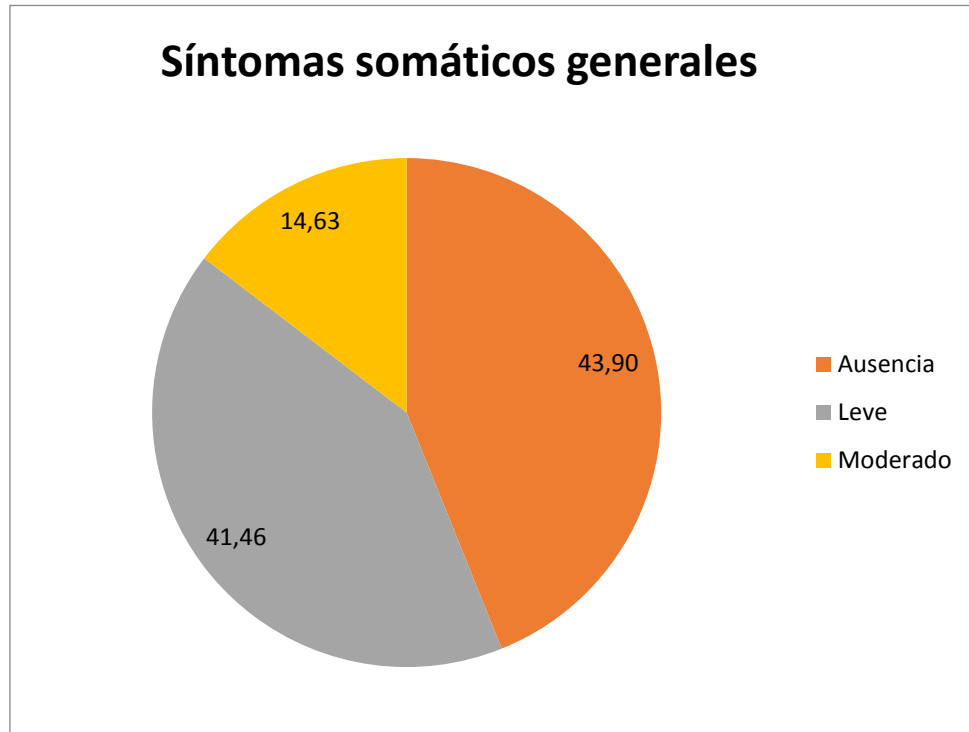
Fuente: Pregunta 13.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto al total de pacientes oncológicos evaluados, se ha obtenido que un 43,90% de ellos no manifiestan tener síntomas somáticos generales, un 41,46 % menciona tenerlos de manera leve y un 14,63% de los investigados afirma tener este tipo de síntomas en un nivel moderado.

GRÁFICO N°18



Fuente: Pregunta 13.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se ha encontrado que los pacientes investigados en su mayoría presentan síntomas somáticos generales, los cuales se presentan a través de pesadez en las extremidades tanto superiores como inferiores, dolores y pesadez en la espalda o cabeza, algias musculares, pérdida o disminución de energía y fatigabilidad constante.

14. Síntomas genitales (disminución de la libido y trastornos menstruales).

TABLA N°18

Síntomas genitales	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	60	73,17
Leve	18	21,95
Moderado	4	4,88
Total	82	100,00

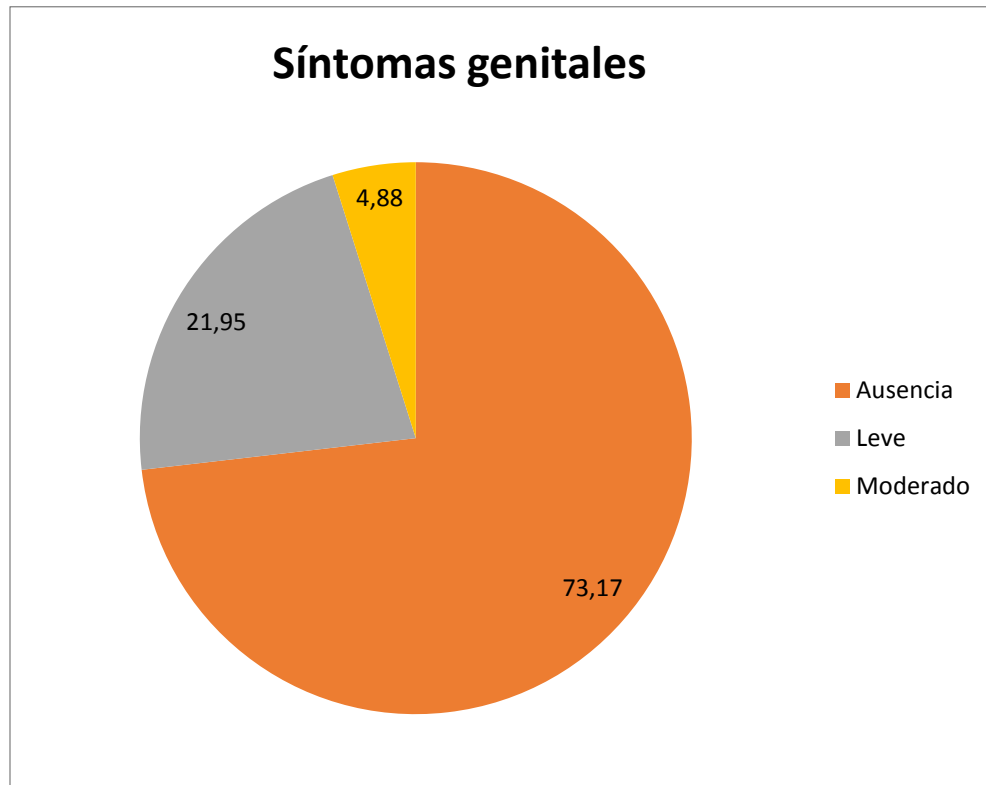
Fuente: Pregunta 14.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Con los resultados obtenidos, se puede evidenciar que un porcentaje del 73,17 % de los evaluados menciona estar en ausencia de manifestar síntomas genitales, además un 21,95% de los pacientes revela tener este tipo de síntomas en un nivel leve, en un porcentaje del 4,88% se ubican aquellos quienes presentan este tipo de sintomatología de manera moderada.

GRÁFICO N°19



Fuente: Pregunta 14.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

En mayor proporción se ha encontrado que las personas evaluadas no presencias síntomas genitales, no obstante, la minoría de los evaluados declara tener regularmente este tipo de sintomatología, la misma que está caracterizada por la disminución de la libido y posibles trastornos menstruales.

15. Hipocondría (preocupado corporalmente de sí mismo, preocupado por su salud).

TABLA N°19

Hipocondría	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	40	48,78
Leve	26	31,71
Moderado	8	9,76
Severo	8	9,76
Muy severo	0	0,00
Total	82	100,00

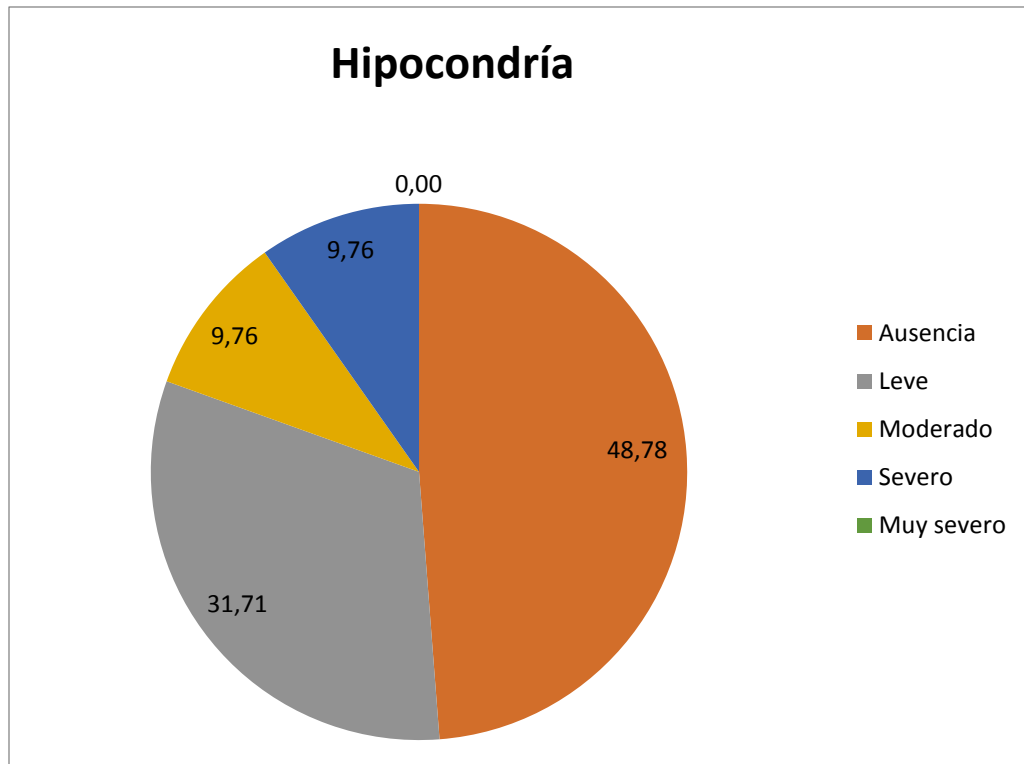
Fuente: Pregunta 15.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de pacientes oncológicos evaluados, se ha obtenido que el 48,78% está en ausencia de síntomas hipocondriacos, un 31,71% los presencia en un nivel leve, el 9,76% menciona de los evaluados los presentan en un indicador moderado y de misma manera el con un porcentaje de 9,46% se encuentra el indicador severo, además se debe mencionar que en el nivel muy severo de esta pregunta no se registraron porcentajes.

GRÁFICO N°20



Elaborado por: Charvet M, 2015

Fuente: Pregunta 15.

Interpretación:

Respecto a la presencia de síntomas hipocondriacos en la población oncológica evaluada, se ha identificado que la mayor parte de los encuestados presentan este tipo de síntomas, en los cuales se halla una preocupado por su salud, corporalmente de sí mismos, tienden a realizar chequeos constantes, sin embargo se ha hallado que un gran porcentaje de los investigados no presencian síntomas hipocondriacos.

16. Pérdida de peso (pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana, pérdida de más de 500 gr. en una semana o la pérdida de más de 1 kg. en una semana).

TABLA N°20

Pérdida de peso	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	34	41,46
Leve	16	19,51
Moderado	32	39,02
Total	82	100,00

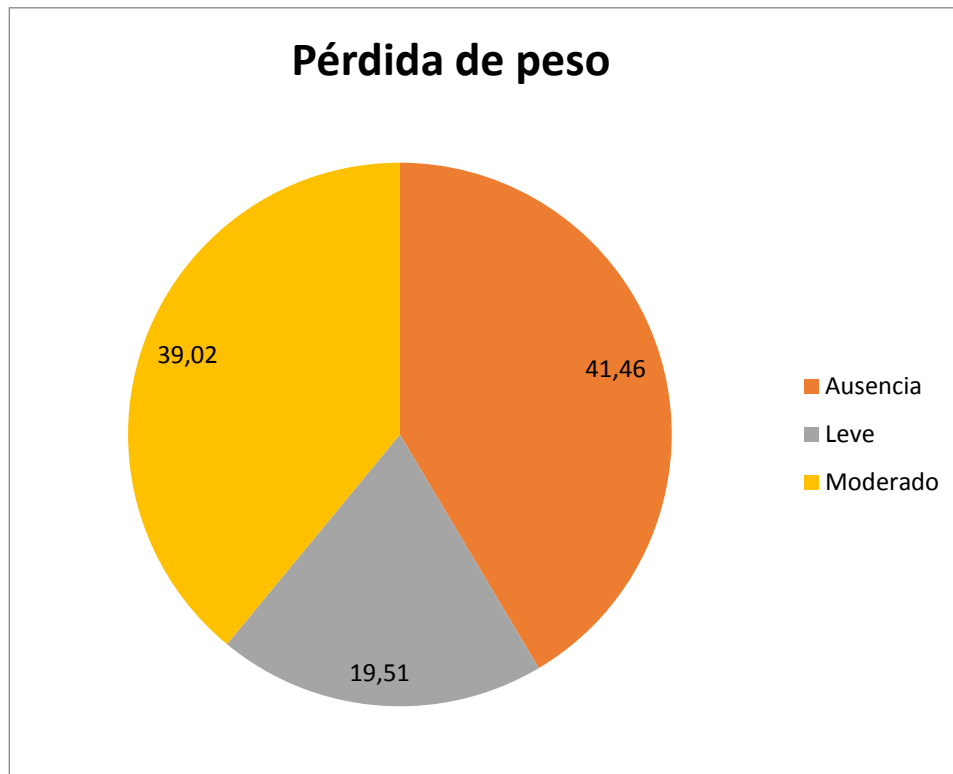
Fuente: Pregunta 16.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de los evaluados se ha encontrado que el 41,46% no ha manifestado pérdida significativa de peso, un 39,02% ha perdido peso en un nivel moderado y el 19,51% de los participantes del estudio revela haber perdido peso en un nivel leve.

GRÁFICO N°21



Fuente: Pregunta 16.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los pacientes evaluados en su gran mayoría han experimentado pérdida de peso significativa, se presume que algunos de ellos han tenido una pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana y otros han manifestado haber tenido una pérdida mayor a 500 gr. en el período de una semana, no obstante una cantidad significativa de pacientes respondieron no haber perdido peso los últimos meses.

17. Introspección (se da cuenta que está deprimido y enfermo, atribuye la causa de enfermedad a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus o no se da cuenta que está enfermo).

TABLA N°21

Introspección	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	34	41,46
Leve	36	43,90
Moderado	12	14,63
Total	82	100,00

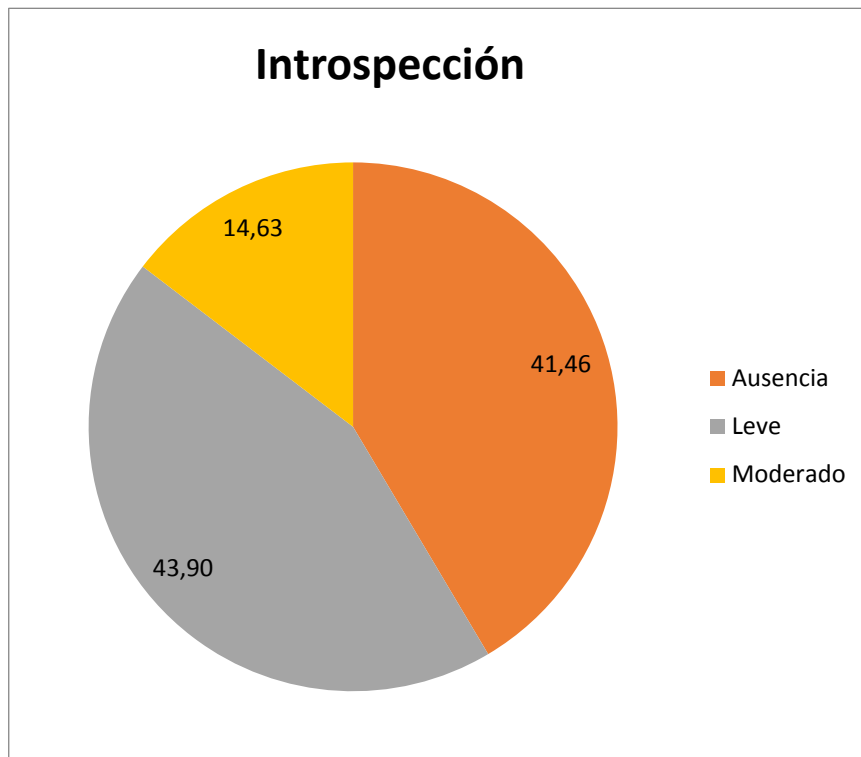
Fuente: Pregunta 17.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de evaluados se ha obtenido datos de que el 43,90% manifiesta haber realizado introspección personal, el 41,46% menciona la ausencia de esta, y un 14,63% de los encuestados ha realizado introspección dentro de rango moderado.

GRÁFICO No 22



Fuente: Pregunta 17.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Respecto a la realización de introspección, se ha encontrado que los pacientes oncológicos en su mayoría se dan cuenta y reconocen que se encuentran deprimidos y enfermo, e ocasiones atribuyen la causa de enfermedad a factores externos, otros pacientes sin embargo no han realizado un proceso introspectivo y no se dan cuenta o no aceptan que están enfermos.

18. Variación diurna (por las mañanas, o por las tardes se siente peor).

TABLA N°22

Variación diurna	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	30	36,59
Leve	46	56,10
Moderado	6	7,32
Total	82	100,00

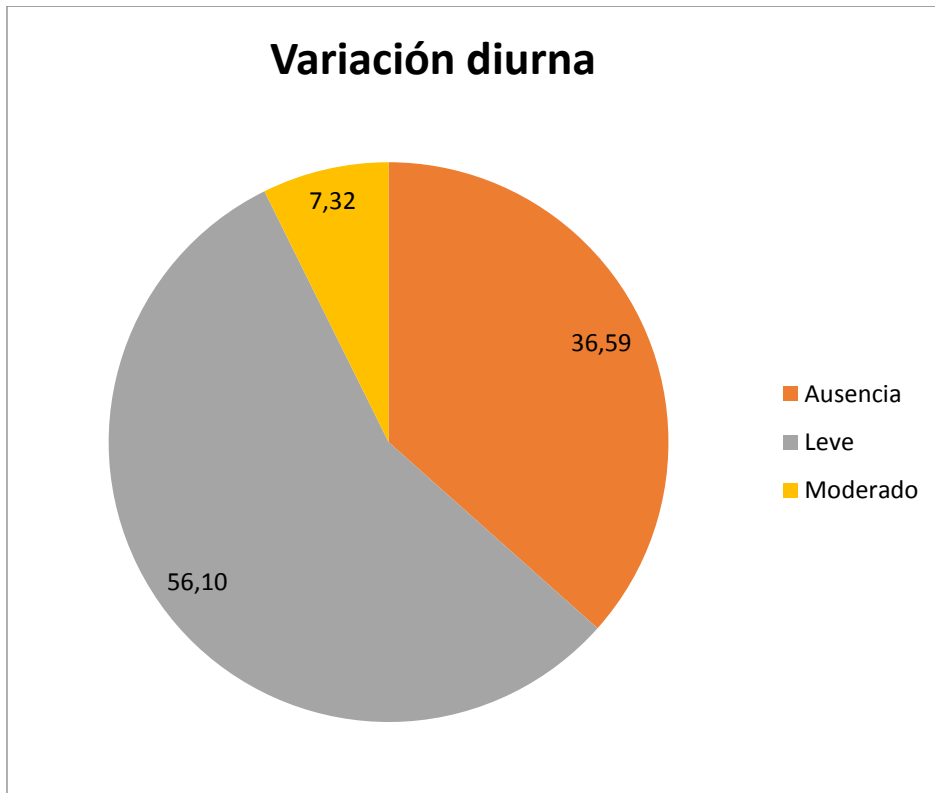
Fuente: Pregunta 18.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Con respecto a la población evaluada se ha encontrado que el 56,10% presenta variación diurna, el 36,59% de ellos no manifiesta tenerla o estar en ausencia de esta, y un 7,32% de los evaluados menciona tenerla en un nivel moderado.

GRÁFICO N°23



Fuente: Pregunta 18.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede evidenciar en los datos obtenidos que la mayor parte de las personas evaluadas han respondido que si han experimentado variación diurna, es decir que estas personas aluden que por las mañanas, o por las tardes tienden a sentirse peor, así mismo una cantidad considerable mencionan que no han experimentado este tipo de situación.

19. Despersonalización y des realización (a veces se siente como si no fuera usted o lo que le rodea no fuera normal, real).

TABLA N°23

Despersonalización y Desrealización	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	46	56,10
Leve	16	19,51
Moderado	12	14,63
Severo	6	7,32
Muy severo	2	2,44
Total	82	100,00

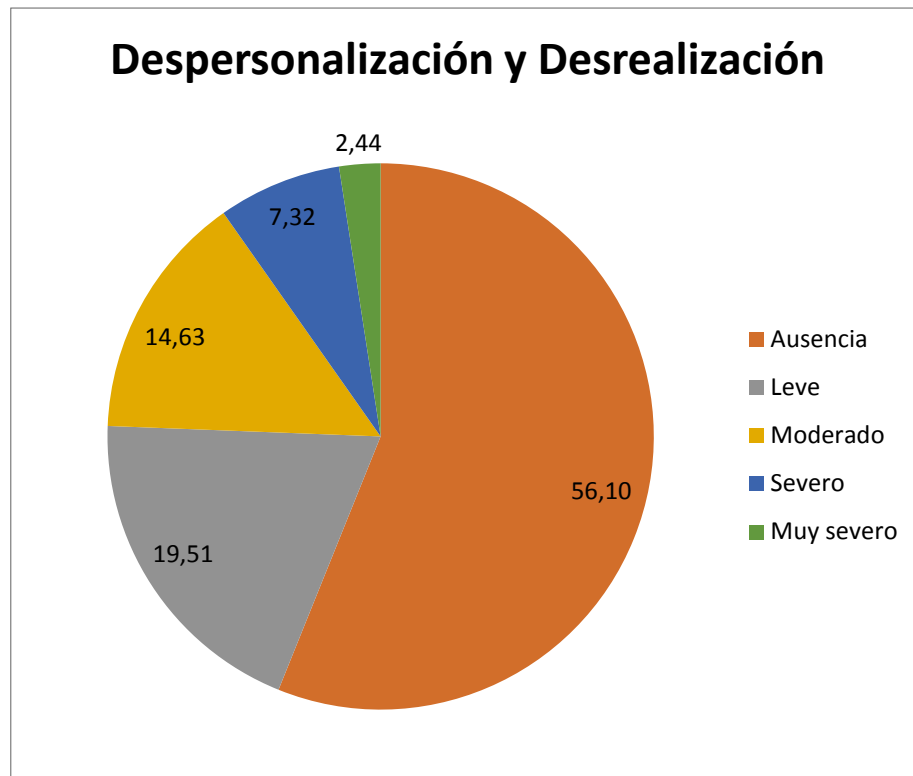
Fuente: Pregunta 19.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de la población evaluada se ha hallado que es 56,10% no experimentan síntomas de despersonalización y desrealización, un 19,51% menciona tener este tipo de síntomas dentro de un rango moderado, asimismo el 14,63% de los evaluados respondieron experimentar esta sintomatología en un nivel moderado, y en niveles inferiores se ha encontrado que el 7,32% de quienes participaron en el estudio presentan síntomas severos y tan sólo el 2,44% han experimentado síntomas muy severos en esta área.

GRÁFICO N °24



Fuente: Pregunta 19.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se ha encontrado que la mayoría de los participantes del estudio no presencian síntomas de desrealización y despersonalización, no obstante, una menor parte ha presentado estos síntomas, los mismos en los que las personas dicen sentir como si no fueran ellos mismos respecto a la despersonalización, o sienten que lo que le rodea no fuera normal y real en casos de desrealización.

20. Síntomas paranoicos (recelo de los demás, no se fía de nadie, a veces cree que alguien lo vigila y lo persigue a donde quiera que va).

TABLA N°24

Síntomas paranoicos	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	42	51,22
Leve	12	14,63
Moderado	22	26,83
Severo	6	7,32
Muy severo	0	0,00
Total	82	100,00

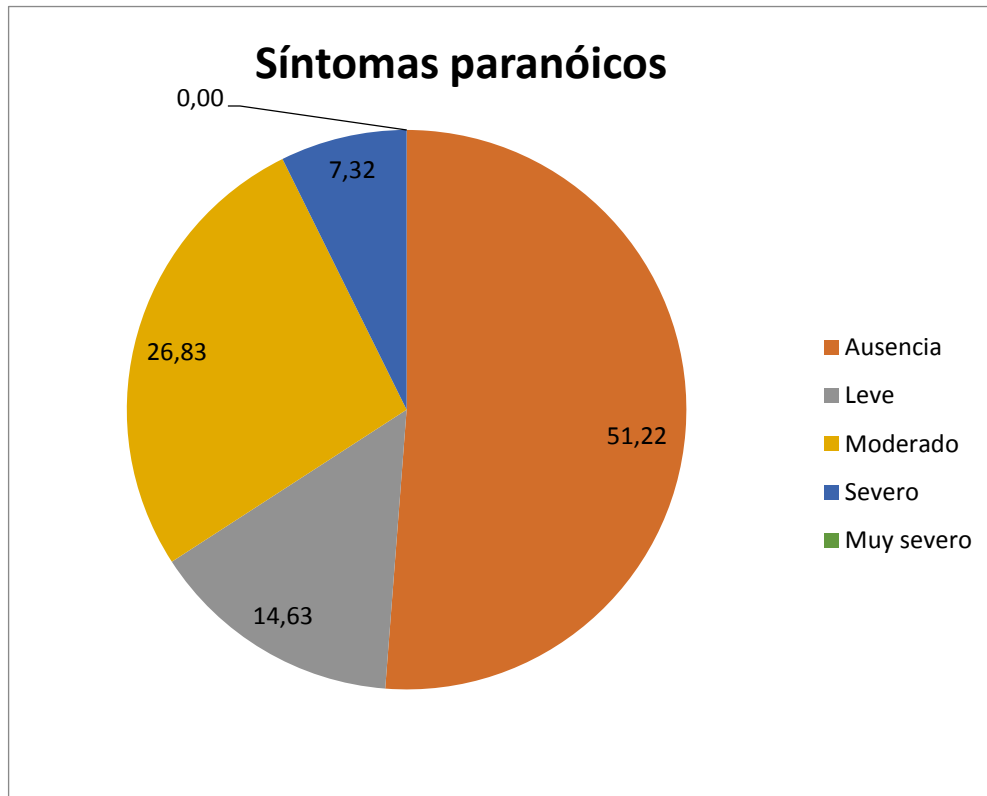
Fuente: Pregunta 20.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Los datos obtenidos de la investigación dan a conocer que el 51,22% de los evaluados no presentan síntomas paranoicos, el 26,83% los mantienen en un nivel moderado, un 14,63% dicen tenerlos en un nivel leve, no obstante en el nivel muy severo no se registraron puntuaciones.

GRÁFICO N°25



Fuente: Pregunta 20.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los datos obtenidos demuestran que la mayor cantidad de personas evaluadas no muestran tener signos paranoicos, sin embargo, también se han hallado datos que revelan que una cantidad considerable de personas tienen o manifiestan síntomas paranoicos debido a que suelen tener un comportamiento receloso hacia los demás, no se fían de nadie, piensan que las personas hablan mal de ellas, o constantemente se creen vigilados y perseguidos a donde quiera que van.

21. Síntomas obsesivo-compulsivos (tiene ideas en la cabeza, que no se le quitan en la mente, tiende a hacer cosas repetitivas).

TABLA N°25

Síntomas obsesivos compulsivos	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia	52	63,41
Leve	22	26,83
Moderado	6	7,32
Severo	2	2,44
Muy severo	0	0,00
Total	82	100,00

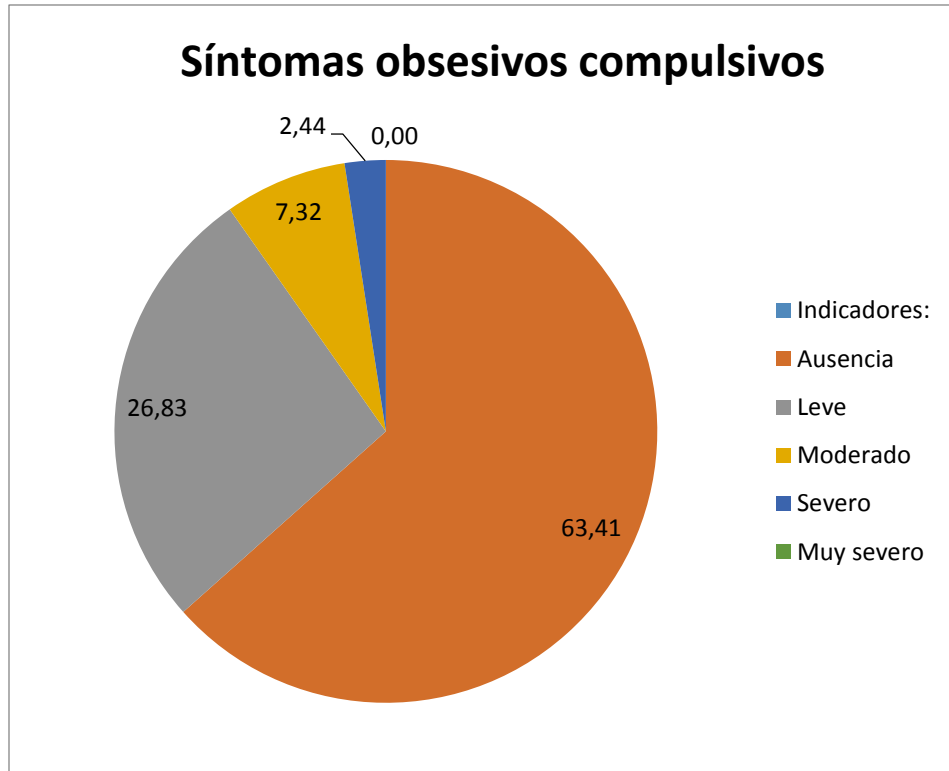
Fuente: Pregunta 21.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la población total, se evidencia que el 63,41% de los pacientes no presentan síntomas obsesivos compulsivos, un porcentaje del 26,83% presenta estos síntomas de manera leve, en el nivel moderado se han encontrado un 7,32%, un 2,44% de los pacientes revela no haber tenido estos síntomas y en el nivel muy severo no se han registrado puntuación.

GRÁFICO N°26



Fuente: Pregunta 21.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los datos recogidos muestran que la mayor parte de la población oncológica evaluada no presenta sintomatología obsesiva compulsiva, sin embargo la minoría de este grupo han experimentado esta clase de síntomas que involucran el tener constantes ideas repetitivas en la mente sin que se las pueda quitar, y además mantiene la tendencia de realizar actos repetitivos.

4.1.2 ESCALA AUTOAPLICADA DE ADAPTACIÓN SOCIAL

1. ¿En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?

TABLA N°26

Ocupaciones no remuneradas	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Mucho	30	36,59
Moderadamente	32	39,02
Un poco	10	12,20
Nada en absoluto	10	12,20
Total	82	100,00

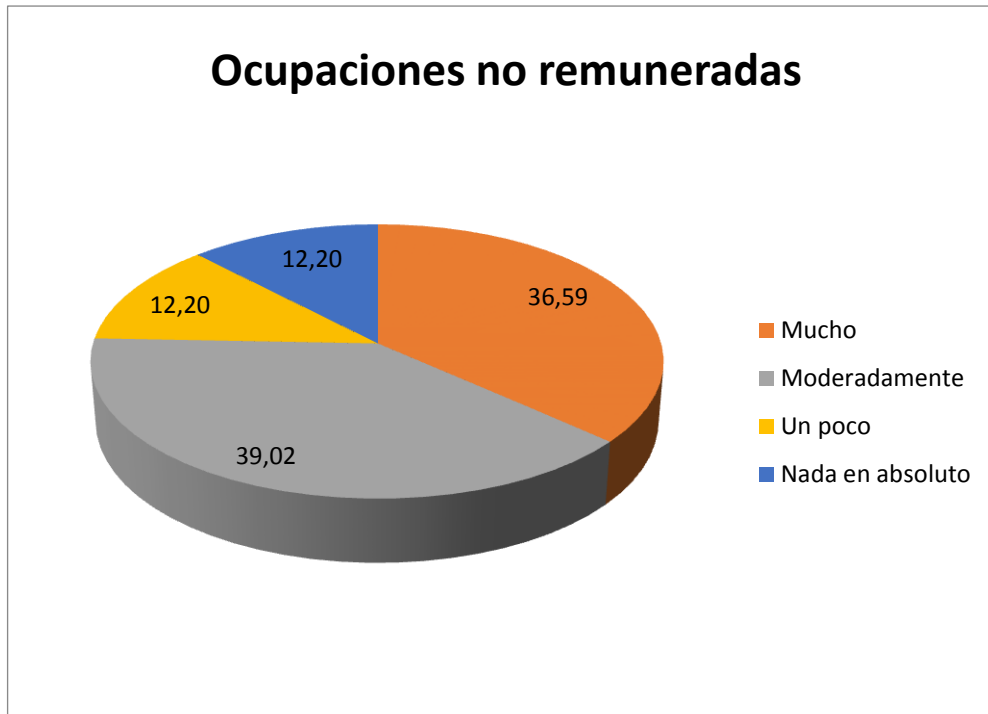
Fuente: Pregunta 1.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De la muestra evaluada se ha encontrado datos de que el 39,02% de la población le interesa moderadamente la realización de ocupaciones no remunerada, el 36,59 % manifiesta que no le interesa mucho realizar este tipo de actividad, el 12,20% de los evaluados revela un poco de interés moderado y con el mismo porcentaje del 12,20% se encuentran quienes no están interesados en absoluto en estas actividades.

GRÁFICO N°27



Fuente: Pregunta 1.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede apreciar que la mayoría de los evaluados revela tener gran interés a lo que respecta la realización de las tareas domésticas u otras ocupaciones en las cuales no reciben una remuneración económica, así mismo se han registrado bajas proporciones respecto al resto de la población quienes dicen tener bajo o nulo interés en la realización de este tipo de actividades.

2. Cuando participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):

TABLA N°27

Ocupaciones principales	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Disfruta mucho	16	19,51
Disfruta bastante	42	51,22
Disfruta tan solo un poco	16	19,51
No disfruta en absoluto	8	9,76
Total	82	100,00

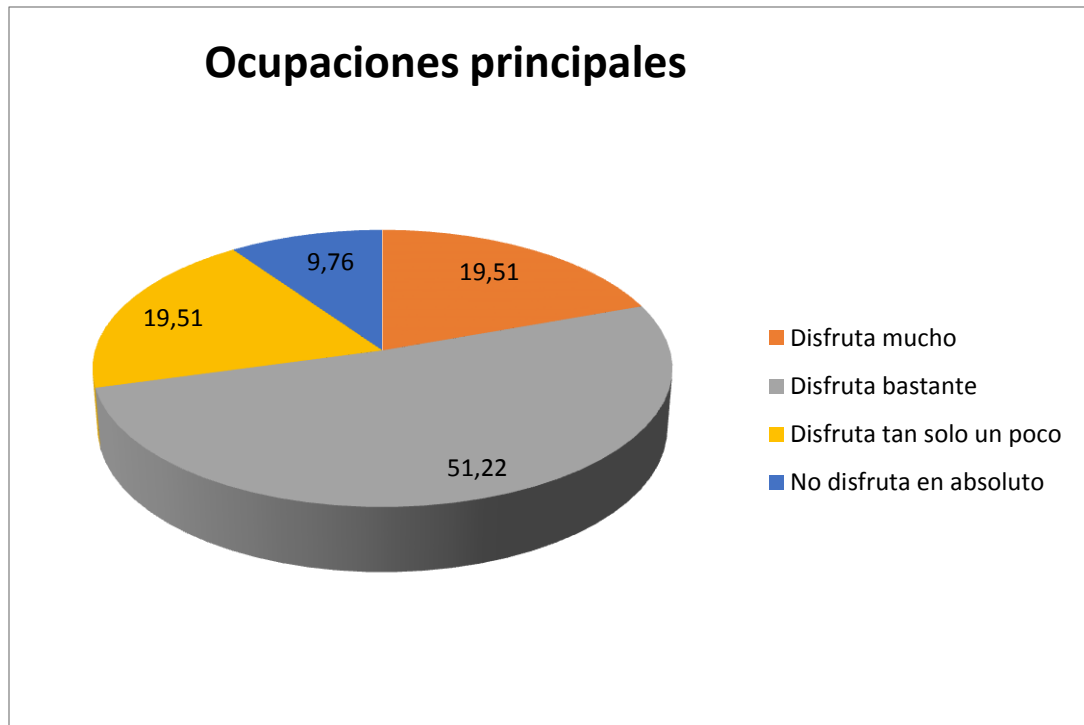
Fuente: Pregunta 2.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De la población total evaluada, se ha encontrado que el 51,22% de las personas disfrutaban bastante al realizar sus ocupaciones principales, el 19,51% disfrutaban mucho haciéndolo, en igual proporción un 19,51% de los encuestados revelan no disfrutar mucho de esta actividad y tan solo un 9,76% indica no disfruta nada en absoluto al realizarlas.

GRÁFICO N°28



Fuente: Pregunta 2.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede evidenciar que la mayoría de los evaluados disfrutaban en gran medida de la realización cotidiana de sus ocupaciones principales, ya sea estas su trabajo, quehaceres domésticos o alguna otra actividad donde que sea convertido en su ocupación principal, no obstante, un porcentaje menor, aunque significativo menciona disfrutar mínimamente de hacer sus ocupaciones.

3. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?

TABLA N°28

Actividades de ocio	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Mucho	12	14,63
Moderadamente	32	39,02
Un poco	32	39,02
Nada en absoluto	6	7,32
Total	82	100,00

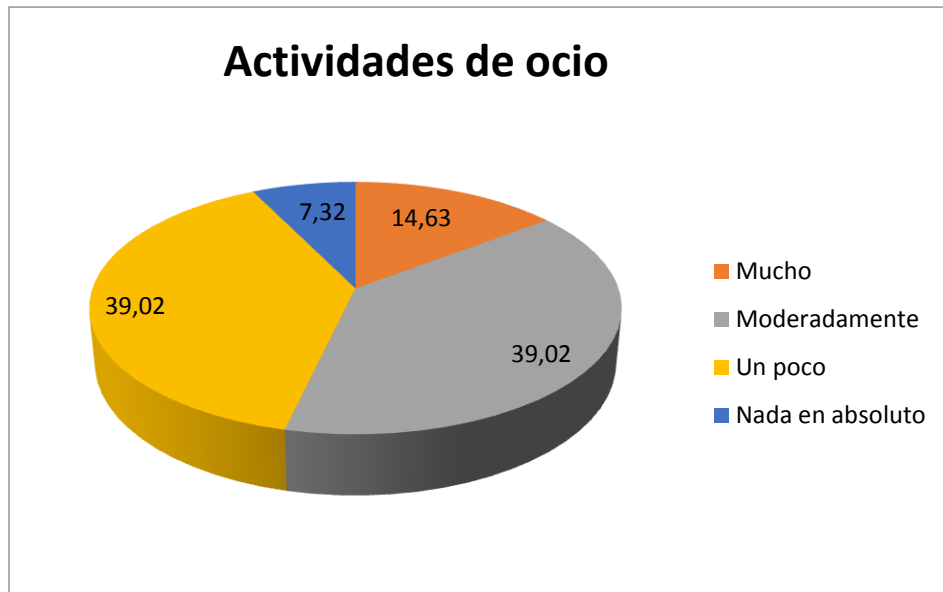
Fuente: Pregunta 3.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la población total, se ha hallado que un 39,02% de los evaluados les interesa moderadamente las actividades de ocio, en el mismo nivel porcentual del 39,02% se ubican quienes se interesan un poco en estas actividades, un 14,63% menciona que se interesan mucho en ellas y un 7,32% respondió que no se interesa en absoluto en las actividades de ocio.

GRÁFICO N°29



Fuente: Pregunta 4.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los porcentajes mayores están representados por los pacientes quienes están interesados en las actividades de ocio o hobbies, actividades que no constituyen las actividades principales de los sujetos, sino que son realizadas comúnmente en el tiempo libre, en una minoría se encuentran los evaluados quienes aseguran no estar interesados en realizar pasatiempos.

4. La calidad de su tiempo libre es:

TABLA N°30

Calidad del tiempo libre	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy buena	8	9,76
Buena	34	41,46
Aceptable	40	48,78
Insatisfactoria	0	0,00
Total	82	100,00

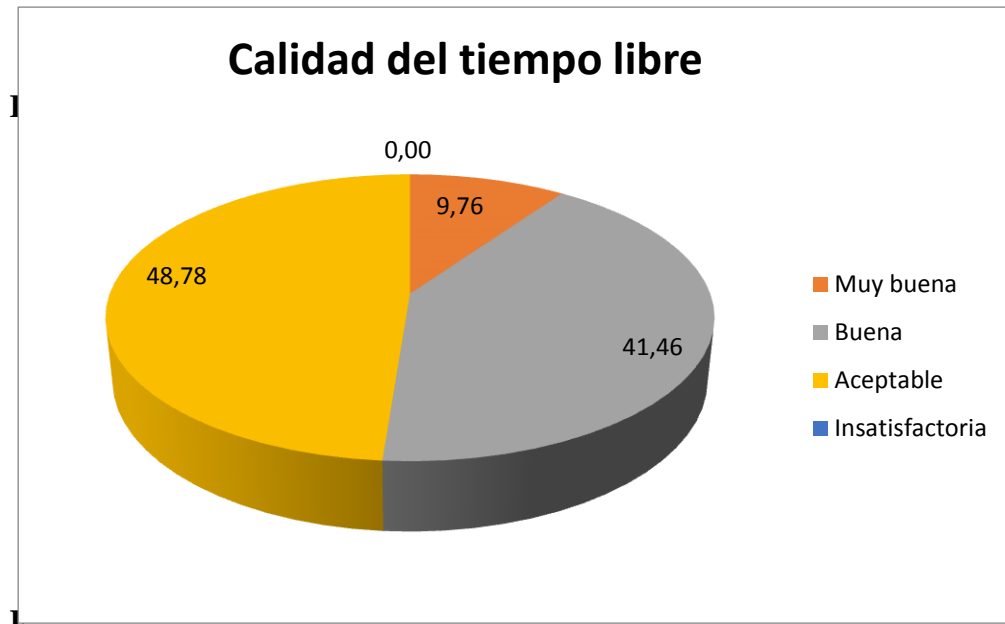
Fuente: Pregunta 4.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De la población total de los participantes del estudio, se han obtenido datos que refieren que el 48,78% de los evaluados tiene una aceptable calidad de tiempo libre, el 41,46% lo consideran en un nivel bueno y el 9,76% afirman que la calidad de su tiempo libre es muy bueno, además cabe mencionar que ningún paciente situó la calidad de su tiempo libre en el indicador de insatisfactorio.

GRÁFICO N°31



Fuente: Pregunta 4.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación

En su gran mayoría los pacientes oncológicos revelan que la calidad de su tiempo libre es buena, es decir que llevan a cabo sus actividades sin contratiempos y se sienten a gusto, la minoría de los sujetos evaluados afirma que la calidad de su tiempo libre no es satisfactoria debido a que distintas circunstancias que confluyen.

5. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia (cónyuge, hijos, padre, etc.)?

TABLA N°31

Frecuencia del contacto familiar	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy frecuentemente	14	17,07
Frecuentemente	52	63,41
Raras veces	16	19,51
Nunca	0	0,00
Total	82	100,00

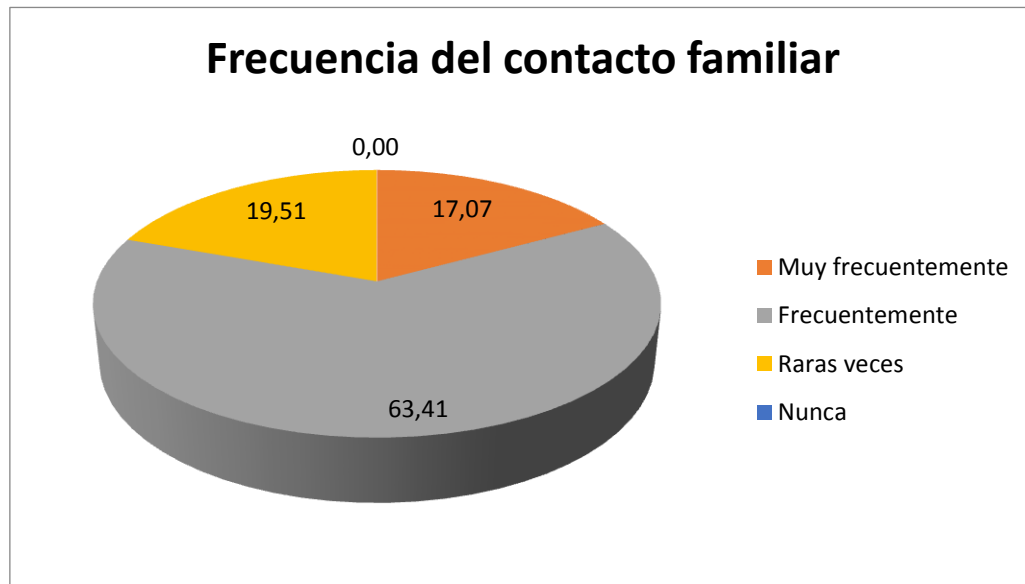
Fuente: Pregunta 5.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de pacientes evaluados se ha encontrado que el 63,41% mantiene frecuentemente un contacto familiar, el 19,51% asegura que raras veces tiene este tipo de contacto, en el 17,07% se ubican quienes mantienen un contacto familiar muy frecuentemente, además no se han obtenido registros de pacientes que mencionan nunca tener algún tipo de contacto familiar.

GRÁFICO N°32



Fuente: Pregunta 5.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede observar que la gran mayoría de la población oncológica refiere que mantiene un contacto frecuente con familiares de primer grado, como son el cónyuge, los hijos, o padres respectivamente, en menor proporción están quienes afirman no tener contacto a menudo pero que sin embargo mantienen ese tipo de contacto.

6. En su familia, las relaciones son:

TABLA N°32

Relaciones en la familia	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy Buenas	22	26,83
Buenas	38	46,34
Aceptables	20	24,39
Insatisfactorias	2	2,44
Total	82	100,00

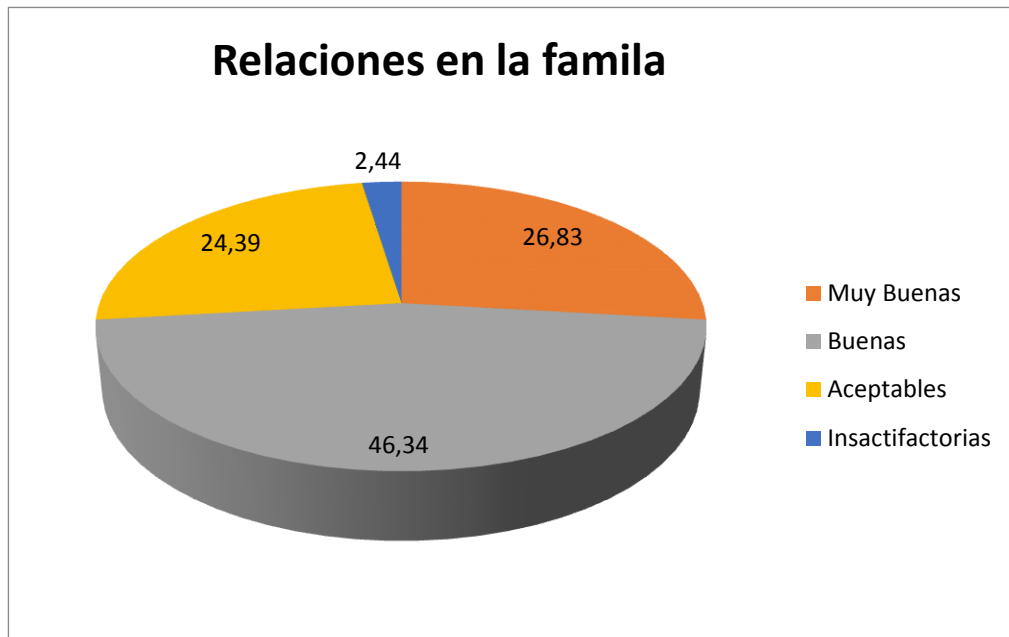
Fuente: Pregunta 6.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a los evaluados, se han obtenido registros de que el 46,34% de ellos mantienen relaciones familiares buenas, un 26,83% asegura que tiene muy buena relación familiar, el 24,39% menciona que sus relaciones familiares son aceptables y el 2,44% asegura que sus relaciones son insatisfactorias.

GRÁFICO N°33



Fuente: Pregunta 6.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Del total de pacientes evaluados se puede reconocer que representan a la mayoría quienes mantienen buenas relaciones familiares, es decir aquellos que mantienen relaciones asertivas, hay interés de la los familiares respecto a los miembros de la familia, el menor porcentaje indica por otra parte que no hay satisfacción respecto al tipo de relación dada.

7. Aparte de su familia, se relaciona usted con:

TABLA N°33

Relaciones con otras personas	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muchas personas	26	31,71
Algunas personas	28	34,15
Tan solo pocas personas	26	31,71
Nadie	2	2,44
Total	82	100,00

Fuente: Pregunta 7.

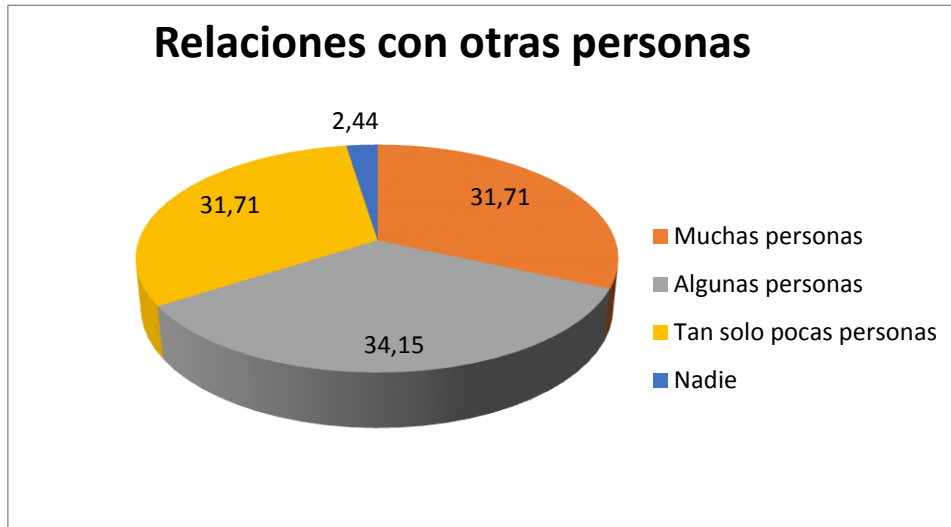
Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

El 34,15% del total de la población oncológica evaluada refiere que se relaciona con algunas personas, el 31,71% afirma que son muchas personas con las cuales mantiene relación, en igual porcentaje de 31,71% se sitúan quienes refieren relacionarse tan sólo con pocas personas y quienes mencionan no establecer relación con nadie más aparte de su familia representan un 2,44%.

GRÁFICO N°34

GRÁFICO N°34



Fuente: Pregunta 7.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los datos apuntan a que los pacientes evaluados en mayor medida se relacionan a parte de su familia en primer grado con varias personas, ya sea en el trabajo, con los vecinos, en comunidades u otros, no obstante hay un mínimo porcentaje que afirma que aparte de sus familiares no mantiene contacto con otras personas.

8. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros?

TABLA N°34

Establecer relaciones con otros	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy activamente	4	4,88
Activamente	26	31,71
De forma moderadamente activa	46	56,10
De ninguna forma activa	6	7,32
Total	82	100,00

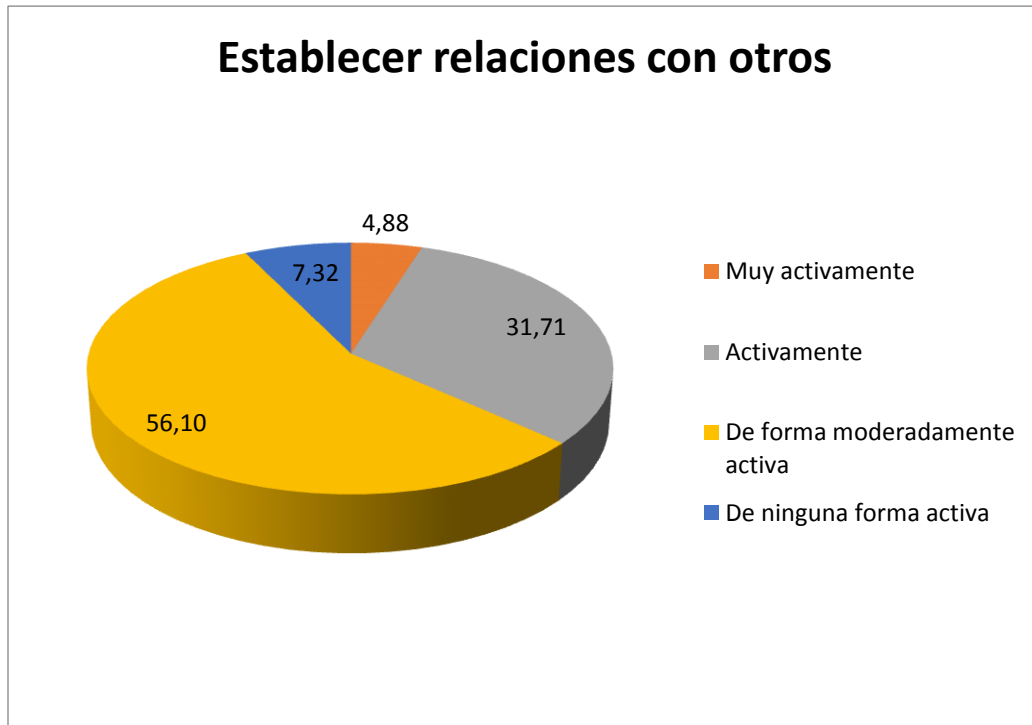
Fuente: Pregunta 8.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto al total de los evaluados se ha encontrado que en un 56,10% los pacientes oncológicos intentan establecer relaciones con otras personas de forma moderadamente activa, el 31,71% lo hace de forma activa, un 7,32% no intenta establecer contacto con otras personas de ninguna forma activa y tan sólo un 4,88% de los encuestados establece estas relaciones muy activamente.

GRÁFICO N°35



Fuente: Pregunta 8.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede evidenciar que quienes conforman la mayoría de los evaluados intentan establecer relaciones con otras personas de forma moderadamente activa, ya sea en su sitio de trabajo, en el vecindario o lugares que acuden con frecuencia, ellos buscan tener contacto y formar nuevos lazos, sin embargo hay otras personas quienes no están interesadas en establecer relaciones aparte de las que ya tienen y estas personas ocupan los porcentajes más bajos.

9. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?

TABLA N°35

Calificación de las relaciones	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy buena	20	24,39
Buena	40	48,78
Aceptable	22	26,83
Insatisfactoria	0	0,00
Total	82	100,00

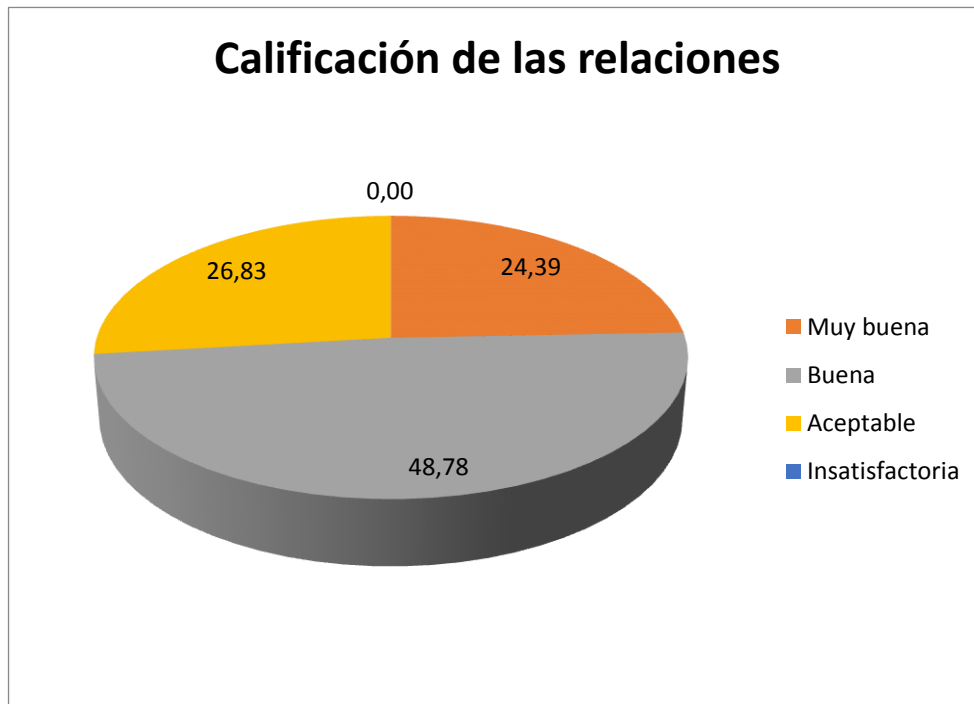
Fuente: Pregunta 9.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la población total se ha hallado que el 48,78% de los evaluados ha calificado sus relaciones con otras personas como buenas, el 26,83% de los encuestados les ha otorgado una calificación aceptable, el 24,39 refiere que sus relaciones son muy buenas, cabe acotar que ninguna persona evaluada calificó como insatisfactorias sus relaciones con las demás personas.

GRÁFICO N°36



Fuente: Pregunta 9.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Al momento de otorgar un valoración la mayor parte de los evaluados menciona que el calificación que merecen sus relaciones con otras personas, es decir aquellas que no conforman su círculo más próximo y cercano, es una calificación buenas, basadas en el respeto y la tolerancia, además no hay personas que otorguen una calificación de no satisfactoria con lo que respecta a estas relaciones.

10. ¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?

TABLA N°36

Valor de las relaciones	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Gran valor	16	19,51
Bastante valor	50	60,98
Poco valor	16	19,51
Ningún valor en absoluto	0	0,00
Total	82	100,00

Fuente: Pregunta 10.

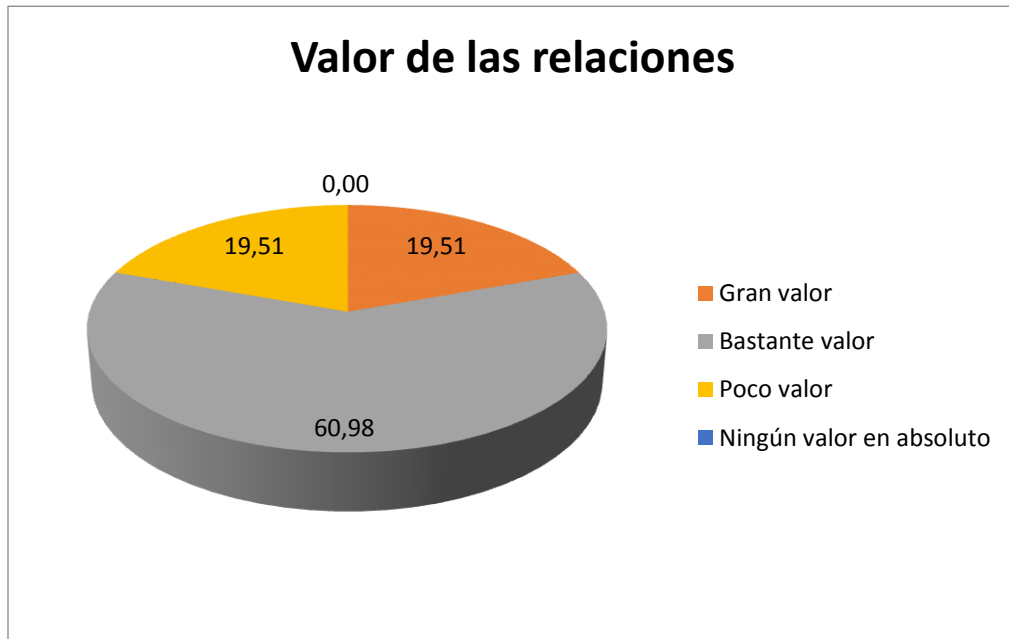
Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de personas evaluadas se ha obtenido que el 60,98% da bastante valor a sus relaciones personales, el 19,51% refiere darles un gran valor, en igual porcentaje de 19,51% se sitúan quienes le dan poco valor a sus relaciones y ninguna persona respondió que sus relaciones personas no poseen ningún valor en absoluto.

GRÁFICO N°37

GRÁFICO N°37



Fuente: Pregunta 10.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayoría de los pacientes refieren dar un bastante valor a las relaciones que mantienen con las demás personas, siendo estas aquellas que no pertenecen a su círculo más próximo, ya sea en el trabajo, la comunidad o algún otro lugar al que pueda asistir, de igual manera se han hallado menores porcentajes a quienes le otorgan poco valor a sus relaciones personales con otras personas.

11. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?

TABLA N°37

Frecuencia del contacto social	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy a menudo	12	14,63
A menudo	40	48,78
A veces	30	36,59
Nunca	0	0,00
Total	82	100,00

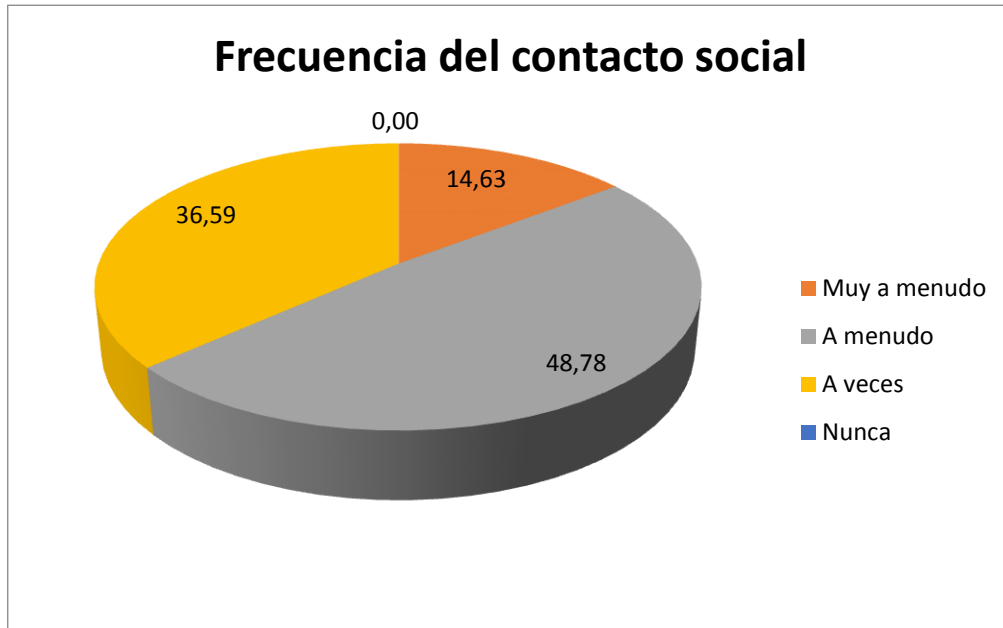
Fuente: Pregunta 11.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de los evaluados se ha encontrado que el 48,78% de personas refieren que a menudo las personas de su círculo social buscan tener contacto con ellos, el 36,59% refiere que a veces buscan las personas este tipo de contacto, el 14,63% refiere que muy a menudo en su círculo social buscan contacto con ellos y no hay registros de personas que refieran que nadie intente tener contacto con ellos.

GRÁFICO N°38



Fuente: Pregunta 11.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede apreciar que en la mayor parte de los pacientes oncológicos afirman que las personas quienes conforman su círculo social, ya se hable de familiares, amigos o compañeros, buscan tener algún tipo de contacto social a menudo, y en menor porcentaje se encuentran quienes refieren que tan solo a veces las personas de su círculo buscan tener contacto.

12. ¿Respeto usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?

TABLA N°38

Respeto a las normas sociales	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Siempre	28	34,15
La mayor parte del tiempo	26	31,71
A veces	28	34,15
Nunca	0	0,00
Total	82	100,00

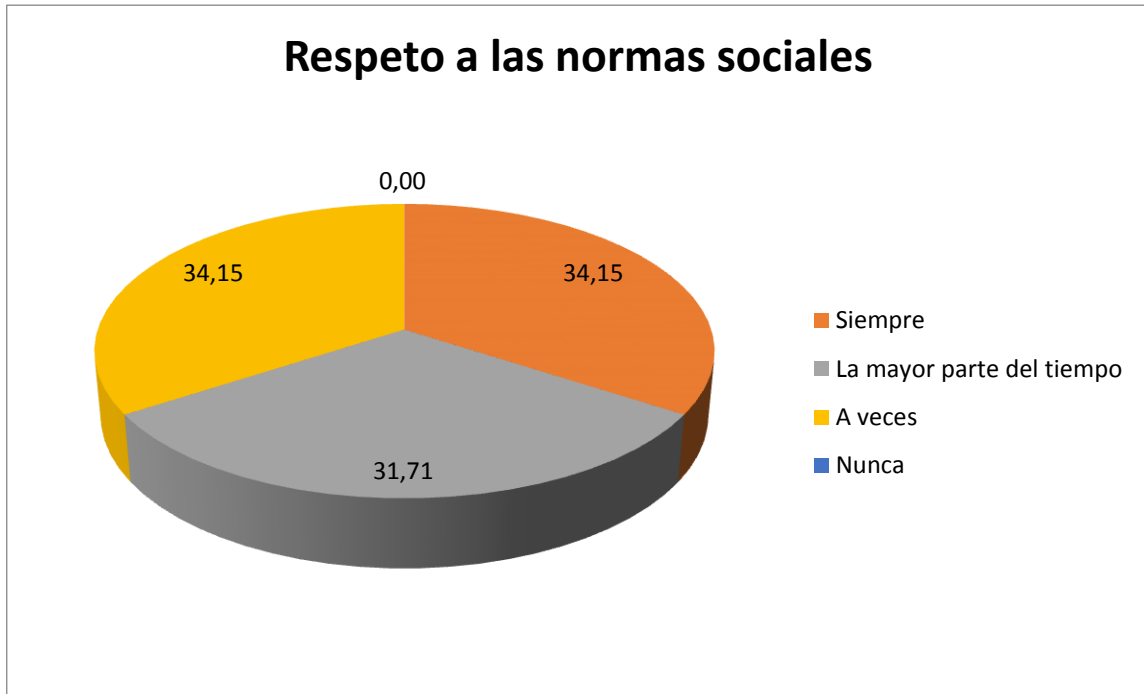
Fuente: Pregunta 12.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de la población oncológica sea encontrado que el 34,71% siempre respeta las normas sociales, las buenas maneras y normas de educación, en igual porcentaje se encuentran quienes dicen a veces respetar este tipo de reglas y el 31,71 menciona respetar la mayor parte del tiempo estas normas, además no hay personas que refieran nunca respetar las normas sociales y de educación.

GRÁFICO N°39



Fuente: Pregunta 12.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

De acuerdo a los resultados se puede mencionar que en su mayoría la población oncológica respeta siempre o por lo menos la mayor parte de tiempo las normas sociales, las buenas maneras y las normas de educación que la sociedad ha otorgado, así mismo se ha podido conocer que en un menor porcentaje están quienes refieren a veces respetar estas normas, que dependerán de las circunstancias en las que se encuentre cada individuo.

13. ¿En qué medida está usted involucrado en la vida de la comunidad (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?

TABLA N°39

Vida de comunidad	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Plenamente	8	9,76
Moderadamente	38	46,34
Ligeramente	30	36,59
Nada en absoluto	6	7,32
Total	82	100,00

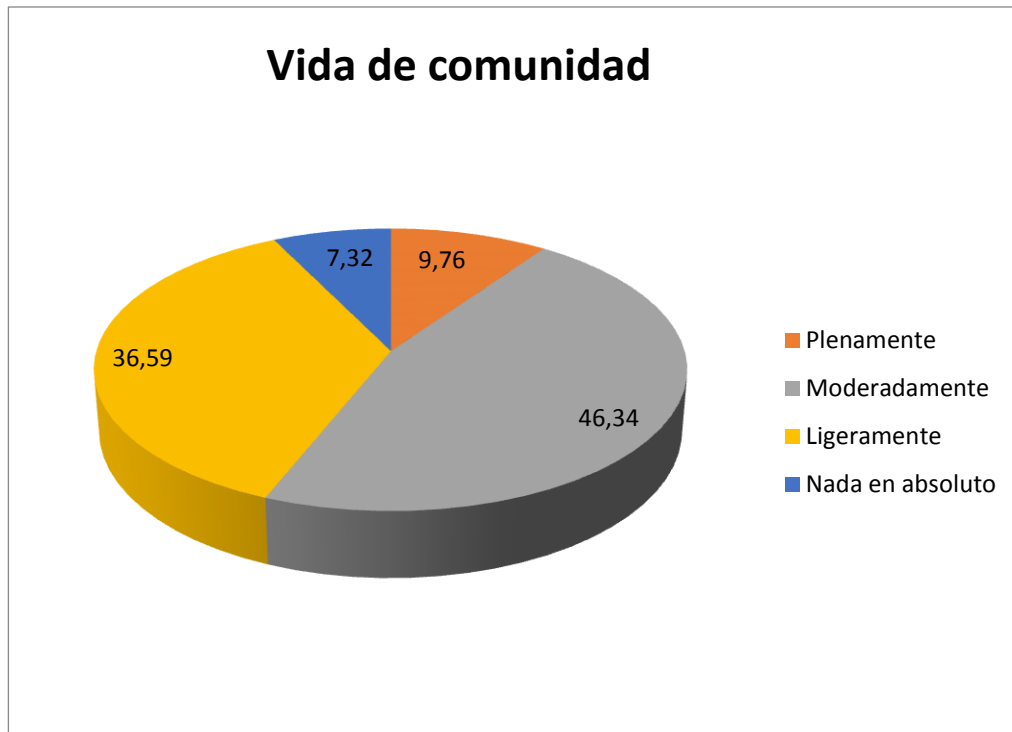
Fuente: Pregunta 13.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Se han obtenido porcentajes respecto a la población total evaluada en los que se puede evidenciar que el 46,34% de los evaluados están involucrados moderadamente en la vida de comunidad, el 36,59% refiere que lo hace ligeramente, un 9,76% menciona que está plenamente vinculado y el 7,32% menciona que no está en absoluto involucrado en la vida de comunidad.

GRÁFICO N°40



Fuente: Pregunta 13.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Respecto a los resultados obtenidos se ha obtenido datos de que las personas evaluadas en su mayoría se encuentran involucradas en la vida de comunidad, es decir que son parte de algunas asociaciones, comunidades de vecinos, asisten regularmente a clubes a la iglesia, entre otros y un porcentaje menor indica que definitivamente no se involucra en esta vida de comunidad.

14. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?

TABLA N°40

Búsqueda de información	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Mucho	8	9,76
Moderadamente	44	53,66
Un poco	24	29,27
Nada en absoluto	6	7,32
Total	82	100,00

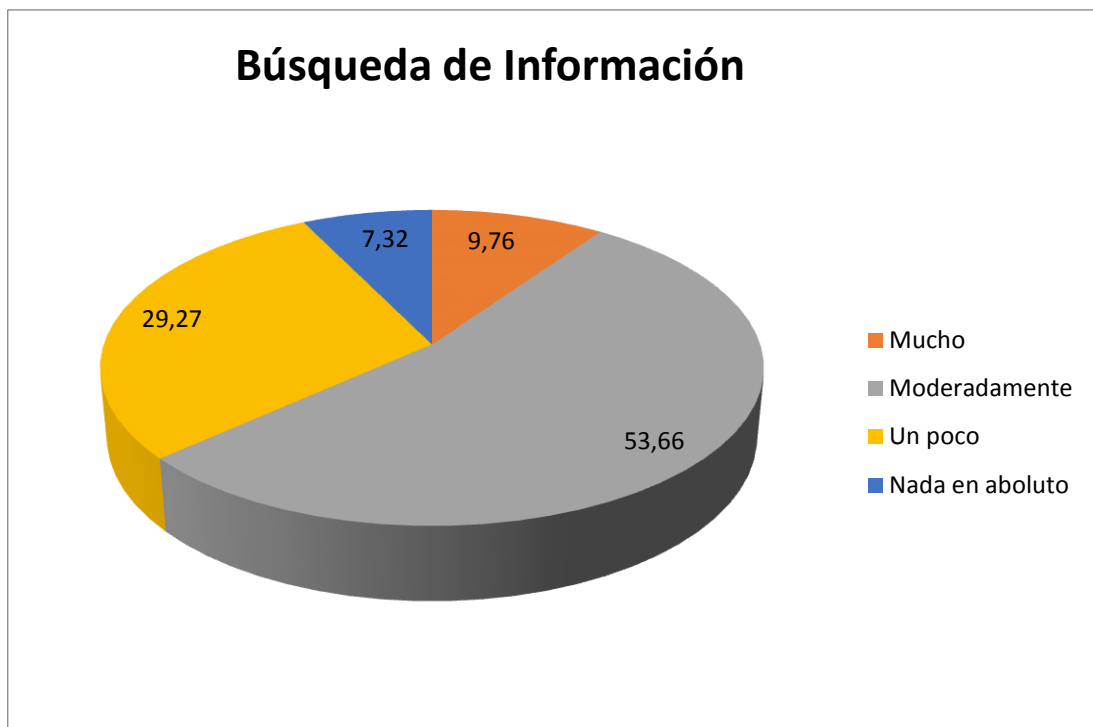
Fuente: Pregunta 14.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de personas evaluadas se ha hallado que el 53,66% gusta de buscar información para mejorar la comprensión de algunas cosas de forma moderada, un 29,27% afirma que gusta tan sólo un poco de hacer esta actividad, el 29,27% de los evaluados refiere que gusta mucho de realizar búsqueda de información y el 7,32% de los encuestados refiere no gustarle en absoluto esta actividad.

GRÁFICO N°41



Fuente: Pregunta 14.

Elaborado por: Charvet M, 2016

Interpretación:

De los pacientes evaluados, se ha hallado que la mayoría de ellos en una medida moderada gusta de buscar información acerca de distintas cosas, situaciones y personas, con el objetivo de mejorar la comprensión que tiene de estas de una manera, asimismo la minoría está representada por aquellos que en absoluto no se encuentran interesados en buscar este tipo de información.

15. ¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?

TABLA N°41

Información científica, técnica y cultural	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Mucho	4	4,88
Moderadamente	32	39,02
Un poco	42	51,22
Nada en absoluto	4	4,88
Total	82	100,00

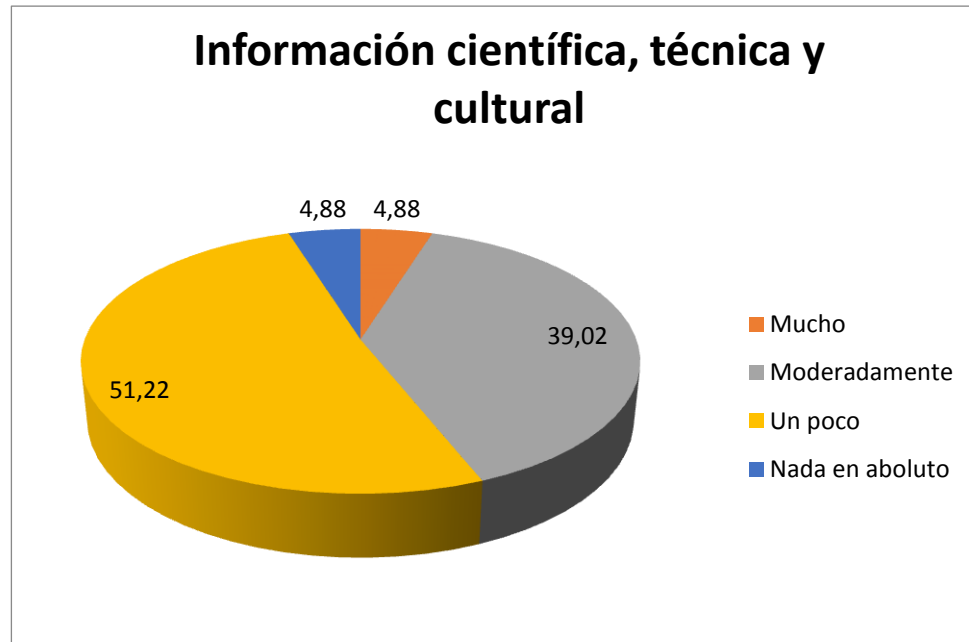
Fuente: Pregunta 15.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la población oncológica evaluada se han hallado datos de que el 51,22% está interesado un poco n obtener información científica, técnica y cultural, el 39,02% se encuentra moderadamente interesada, un 4,88% de ellos refiere solo interesarle un poco la búsqueda de esta información y en igual porcentaje del 4,88% se encuentran quienes no están interesados en absolutos en realizar dicha actividad.

GRÁFICO N°42



Fuente: Pregunta 15.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayor parte de los evaluados refiere estar en una medida de un poco, interesados en buscar y obtener información respecto a temas científicos, técnicos y culturales, a través de distintos medios, sin embargo en significativamente menores porcentajes se encuentran aquellas personas que no están interesadas o no gusta de buscar este tipo de información.

16. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?

TABLA N°42

Dificultad de expresar las opiniones	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Siempre	6	7,32
A menudo	18	21,95
A veces	48	58,54
Nunca	10	12,20
Total	82	100,00

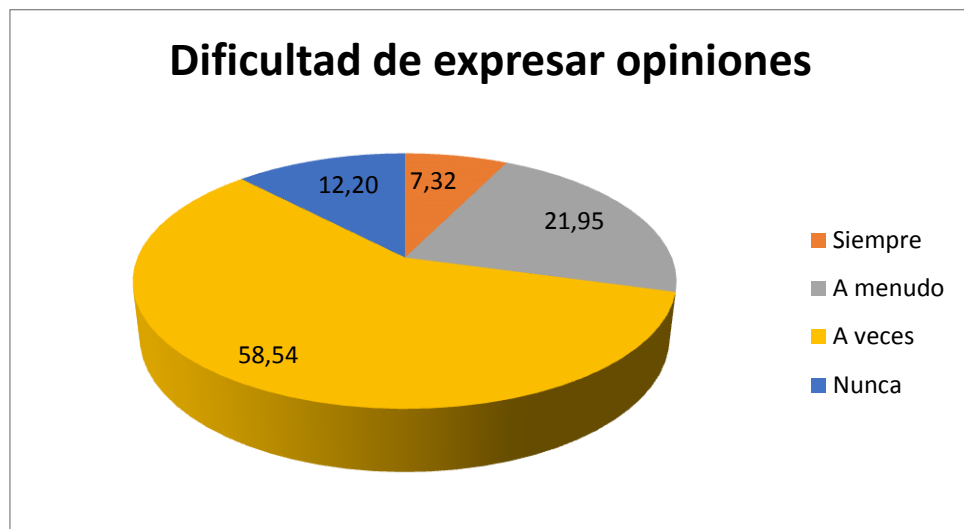
Fuente: Pregunta 16.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de personas evaluadas se ha encontrado que a un 58,54% de personas con frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente, a un 21,95% a menudo le resulta difícil, al 12,20% nunca le ha sucedido y al 7,32% de los encuestados le resulta siempre difícil expresar su opinión a las demás personas.

GRÁFICO N°43



Fuente: Pregunta 16.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

A la mayoría de la población evaluada en ocasiones presenta dificultad para expresar opiniones personales lo que dependerá de las circunstancias y la situación en la que se encuentre, el porcentaje menor estar representado por aquellas personas que aseguran que siempre presentan dificultad en el momento de expresar su propias opiniones.

17. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?

TABLA N°43

Rechazo y exclusión social	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Siempre	0	0,00
A menudo	10	12,20
A veces	28	34,15
Nunca	44	53,66
Total	82	100,00

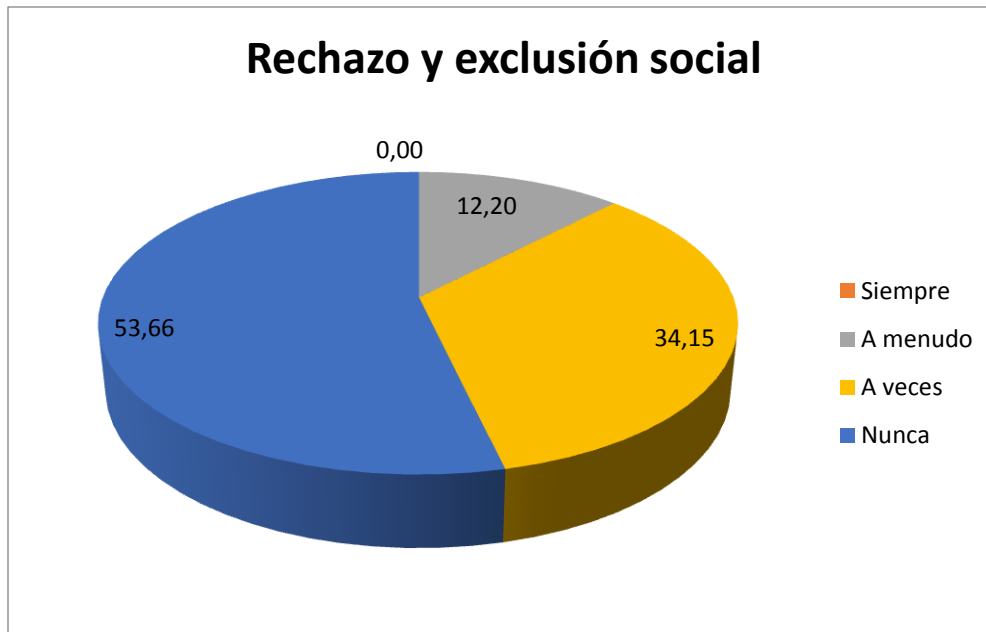
Fuente: Pregunta 17.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a la totalidad de los evaluados se han registrado que el 53,66% de ellos refiere nunca haber sido excluido o rechazado de algún círculo social, el 34,15% refiere haber pasado por esta situación a veces, un 12,20% de los pacientes menciona que a menudo ha pasado por esta situación y ninguna persona refiere que siempre se encuentre bajo estas circunstancias.

GRÁFICO N°44



Fuente: Pregunta 17.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se puede apreciar que la mayoría de los investigados refiere que nunca ha sido rechazado o excluido de algún círculo social, ya sea en el ámbito laboral, familiar o laboral, una parte menor pero significativa de la población oncológica refiere que a menudo ha pasado por dicha situación.

18. ¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?

TABLA N°44

Importancia del aspecto físico	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Muy importante	16	19,51
Moderadamente importante	44	53,66
No muy importante	20	24,39
Nada en absoluto	2	2,44
Total	82	100,00

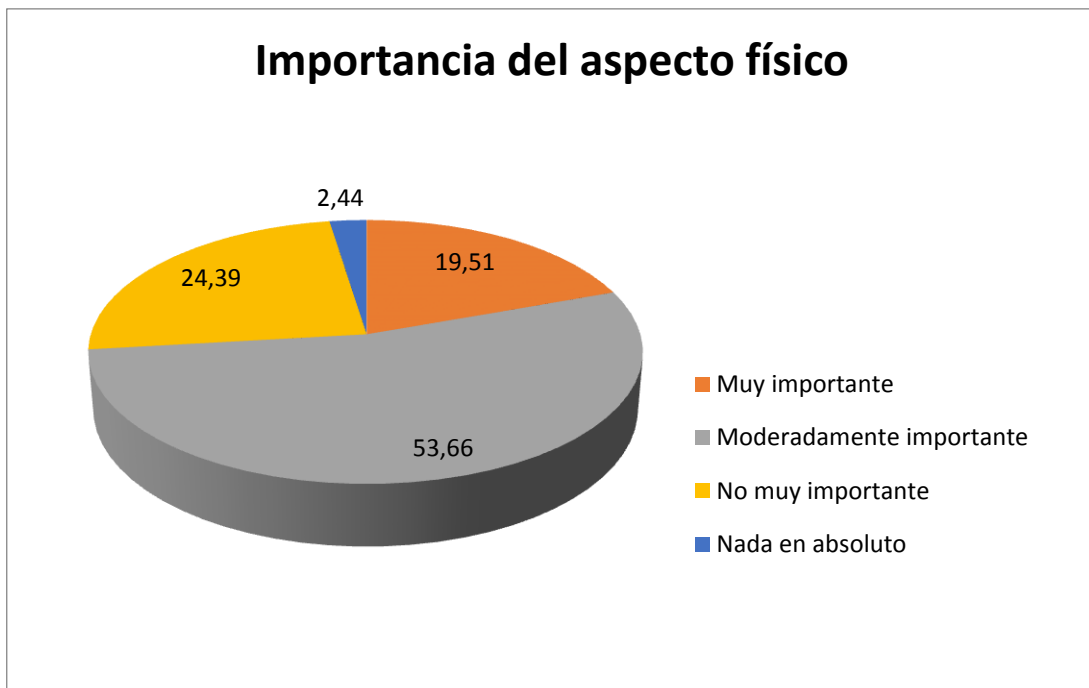
Fuente: Pregunta 18.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Respecto a los pacientes oncológicos encuestados se ha encontrado que el 53,66% de ellos considera que su aspecto físico es moderadamente importante, un 24,39% refiere que es no muy importante, asimismo el 19,51% considera que es muy importante y un 2,44% de ellos asegura que en absoluto carece de importancia su aspecto físico.

GRÁFICO N°45



Fuente: Pregunta 18.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Se he podido apreciar que del total de los evaluados la mayor parte refiere que el aspecto físico, ya sea la manera de vestirse y el cuidado personal, es importante en una medida moderada, una menor parte de ellos menciona que en absoluto no tiene importancia cual sea su propio aspecto físico.

19. ¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?

TABLA N°45

Manejo de recursos e ingresos	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Siempre	2	2,44
A menudo	14	17,07
A veces	48	58,54
Nunca	18	21,95
Total	82	100,00

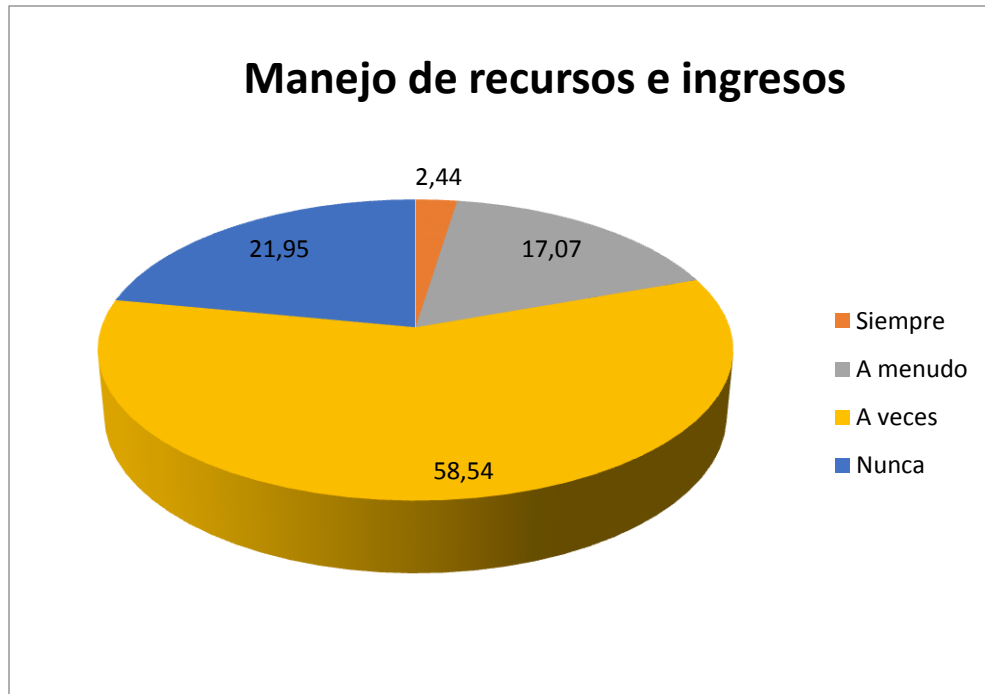
Fuente: Pregunta 19.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Con respecto a la totalidad de los evaluados, se han obtenido que el 58,54% de las personas a veces tienen dificultad en manejar sus recursos e ingresos, el 21,95% de ellos revela nunca tener dificultad para realizarlo, el 17,07% refiere que a menudo mantiene este tipo de dificultad y un porcentaje de 2,44 asegura que siempre presenta dificultades para manejar sus recursos e ingresos.

GRÁFICO N°46



Fuente: Pregunta 19.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

La mayor parte de las personas evaluadas mencionan que en ocasiones o a veces se le presenta dificultades para manejar sus propios recursos ingresos en algún punto de su vida, sin embargo es un porcentaje mínimo el que afirma que siempre tiene este tipo de dificultad.

20. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?

TABLA N°46

Capacidad de organizar su entorno	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
En gran medida	24	29,27
Moderadamente	28	34,15
Un poco	26	31,71
Nada en absoluto	4	4,88
Total	82	100,00

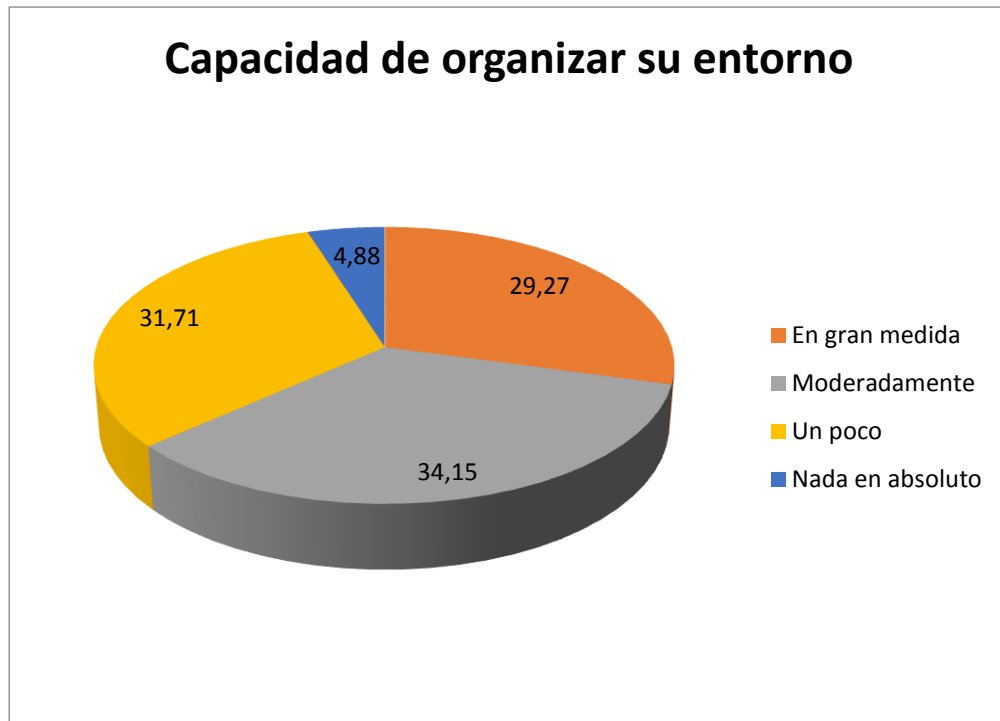
Fuente: Pregunta 20

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

Del total de personas evaluadas se han recogido datos de que el 34,71% se siente en la capacidad de organizar su entorno acorde a sus deseos y necesidades, un 31,71% asegura que se siente un poco capaz de hacerlo, el 29,27% afirma sentirse en gran medida capaz de esto y un 4,88% de la población dice no sentirse capaz en absoluto de poder hacerlo.

GRÁFICO N°47



Fuente: Pregunta 20.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los datos obtenidos indican que la mayor parte de los encuestados asegura tener una capacidad moderada en lo que refiere a la organización del entorno de acuerdo a los deseos y necesidades personales, así mismo se ha hallado que una pequeña parte de la población no se siente capaz de poder llevarlo a cabo este tipo de organización en la vida cotidiana.

RESULTADO DE DEPRESIÓN

TABLA N°47

DEPRESIÓN	Personas	Porcentajes %
Indicadores:		
Ausencia de Depresión	4	4,88
Depresión Leve	20	24,39
Depresión Moderada	22	26,83
Depresión Severa	6	7,32
Depresión muy severa	30	36,59
TOTAL	82	100,00

Fuente: Pregunta 1.

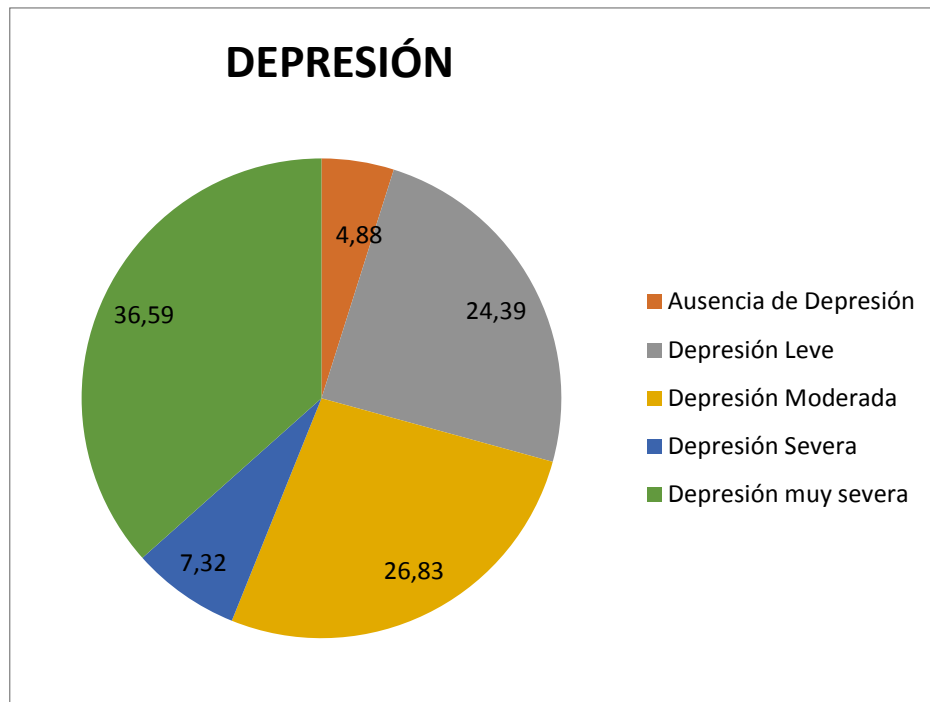
Elaborado por: Charvet M, 2015

4.2. Interpretación De Resultado

Análisis cuantitativo:

Respecto a los pacientes evaluados, se encontró que el 36,59% de ellos presenta depresión severa, seguidamente se encontró que un 26,83% mantiene una depresión moderada, el 24,39% de los pacientes muestran una depresión ligera, el 7,32 % de ellos presentan depresión leve y un total de 4,88 % no presentan depresión.

GRÁFICO N°48



Fuente: Pregunta 1.
Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

Los datos obtenidos revelan que la mayor parte de la población oncológica evaluada posee algún tipo de depresión y que tal solo una minoría está en ausencia de esta enfermedad, asimismo se puede apreciar que el tipo de depresión predominante en estas personas es la depresión muy severa, la cual conlleva una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos graves los cuales afectan severamente las actividades cotidianas y la calidad de vida de quienes la poseen.

RESULTADO DE LA ADAPTACIÓN SOCIAL

TABLA N°48

Adaptación Social	Personas	Porcentajes %
Opciones:		
Normal adaptación social	72	87,80
Desadaptación social	10	12,20
Súper adaptación social patológica	0	0,00
Total	82	100,00

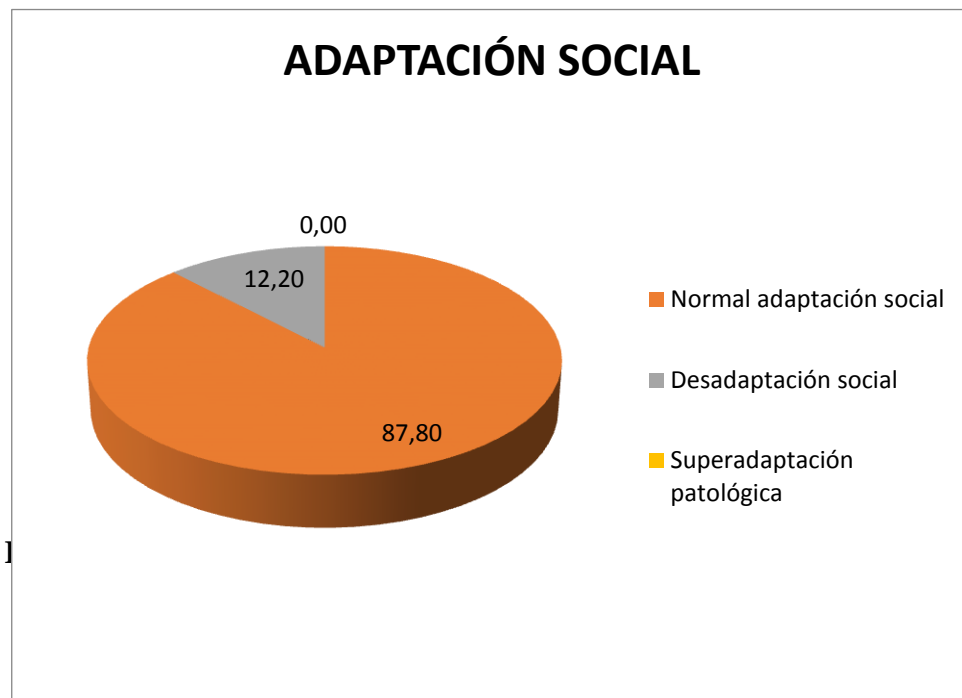
Fuente: Pregunta 1.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Análisis cuantitativo:

De un total de 82 pacientes oncológicos evaluados, se ha encontrado que 72 personas, quienes representan un porcentaje de 87,80 % manifiestan una adaptación social normal y que el 12,20 % de los pacientes evaluados presentan una desadaptación social, por otra parte no se han hallado registros de personas que hayan manifestado tener una súper adaptación social patológica.

GRÁFICO N°49



Fuente: Pregunta 1.

Elaborado por: Charvet M, 2015

Interpretación:

En su gran mayoría los pacientes muestran una adaptación normal, lo que significa que son personas que están adaptadas a su círculo social, además mantienen un frecuente contacto con su familia, amigos o vecinos e inclusive suelen asistir a eventos a nivel de la comunidad, en menor cantidad se han hallado datos de que hay pacientes que muestran no estar adaptados, es decir se sitúan en una desadaptación social.

4.3. Verificación De Hipótesis

4.3.1. Hipótesis

HIPÓTESIS ALTERNA

- La depresión influye en la adaptación social de pacientes con diagnóstico de cáncer.

HIPÓTESIS NULA

- La depresión no influye en la adaptación social de pacientes con diagnóstico de cáncer.

TABLA N°49
Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Depresión * Adaptación Social	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Fuente: Chi2

Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°50**Tabla de contingencia Depresión * Adaptación Social**

Recuento

		Adaptación Social		Total
		Normal Adaptación Social	Desadaptación Social	
Depresión	Ausencia	4	0	4
	Leve	19	1	20
	Moderada	19	3	22
	Severa	0	6	6
	Muy Severa	30	0	30
Total		72	10	82

Fuente: Chi2**Elaborado por:** Charvet M, 2015**TABLA N°51****Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,932 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	35,344	4	,000
Asociación lineal por lineal	,009	1	,926
N de casos válidos	82		

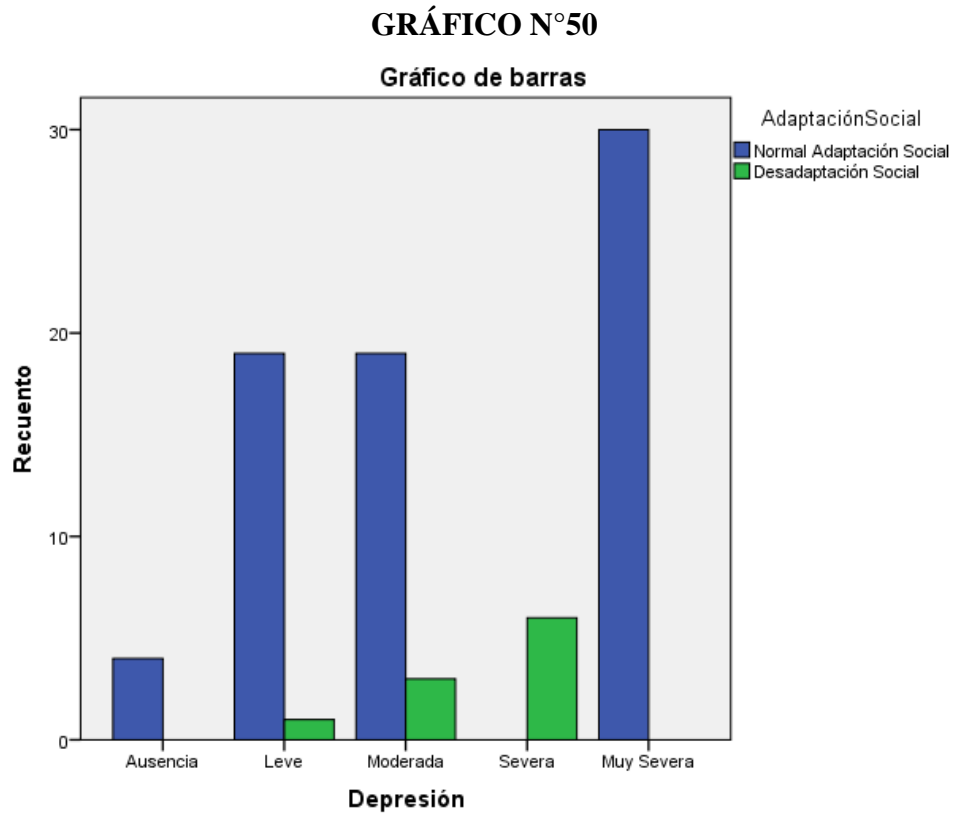
a. 6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es ,49.

Fuente: Chi2**Elaborado por:** Charvet M, 2015

ANÁLISIS

En cuanto al chi – cuadrado de Pearson la fórmula obtenida fue: $X^2(4) = 48,932^a$, $p < 0,00$, $N = 82$, se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alterna por lo tanto se comprueba que las depresión influye en la adaptación social de pacientes con diagnóstico de cáncer.



Fuente: Chi2

Elaborado por: Charvet M, 2015

INTERPRETACIÓN

Datos que se comprueban en las tablas presentadas y el gráfico del chi2, mostrándose que de un total de 82 personas evaluadas en lo que respecta a depresión, el 100% influyen en la adaptación social.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- A través del método del Chi-Cuadrado la presente investigación ha comprobado que las variables propuestas están relacionadas entre sí, es decir que se ha probado que la presencia de depresión influye en la adaptación social de los pacientes con diagnóstico de cáncer entre las edades de 30 a 60 años que acuden al Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA, Tungurahua.
- Respecto a los 82 pacientes evaluados, se ha hallado que el mayor porcentaje de ellos, es decir el 36,59 presentan depresión muy severa que se caracteriza por, sentimientos de desesperanza muy profundos, disminución del nivel de energía y poco o nulo interés por la vida, constantes molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño y pensamiento, además la persona que lo padece piensa constantemente en el suicidio e incluso ha tenido algún intento serio de este.

La presencia de depresión moderada del total de evaluados un 26,83% la mantiene, estas personas presencian síntomas somáticos y psicológicos, sentimientos de culpa y sentimientos de desesperanza además de pensamientos negativos.

En un porcentaje de 24,39, los pacientes evidencian tener depresión leve, en el cual prevalecen los sentimientos de tristeza, eventualmente presentan anhedonia, sin embargo estos síntomas no repercuten mayormente en la salud de quienes lo padecen.

La depresión severa, ha alcanzado un porcentaje de 7,32, en esta las personas dejan a un lado la realización de actividades placenteras, manifiestan tener baja autoestima, desesperanza, el incremento en el número de síntomas e

intensidad de los síntomas físicos y psicológicos, además en esta aparecen ideas serias de suicidio.

En menor porcentaje es decir el 4,88 de la población oncológica evaluada, no presenta algún tipo de depresión, es decir está en ausencia de esta enfermedad.

- Respecto a la adaptación social se ha podido evidenciar que del total de evaluados la mayor parte de ellos presenta una normal adaptación social el 87,80%, lo cual quiere decir que estas personas se han adaptado adecuadamente al entorno donde se desenvuelve, asimismo participan en eventos sociales, asisten a reuniones y mantienen un constante interés por el contacto frecuente con sus familiares y amigos.

En menor porcentaje, el 12,20% de la población oncológica se encuentran quienes presentan desadaptación social, pues presentan dificultad para adaptarse a su medio, suelen estar en desacuerdo con las normas sociales y sobretodo tienen escasa o nulo interés en el contacto e interacción social.

Por otra parte cabe mencionar que no se registraron datos en el rango de Superadaptación social patológica.

- Después del análisis de los resultados que se han obtenido en la investigación, se ha considerado importante la creación de una propuesta de solución, la cual irá encaminada a la disminución de la sintomatología depresiva con un enfoque cognitivo conductual.

5.2. Recomendaciones

- Desarrollar un programa terapéutico que involucre tanto a los pacientes como a sus familiares con el fin de informar sobre los síntomas, causas y el tratamiento de la depresión, así como la disminución de los síntomas depresivos en los pacientes.
- Debido a que el funcionamiento social de los pacientes se ha visto afectado, se requiere que los pacientes obtengan una atención personalizada en el consultorio psicológico de la institución, y que participen de las terapias en grupo a darse en la institución.
- Se debe fomentar la salud mental de los pacientes a través de la realización de actividades psicoprofilácticas como charlas y seguimiento de los pacientes que acuden al hospital.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1. Datos Informativos:

6.1.1 Tema:

“Programa Terapéutico grupal para pacientes oncológicos”

6.1.2 Institución Ejecutora:

Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de psicología Clínica

6.1.3 Institución Ejecutora:

- **Hospital:** Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua
- **Provincia:** Tungurahua
- **Ciudad:** Ambato
- **Parroquia:** Izamba

6.1.4 Beneficiarios:

✓ **Directos:**

- Pacientes oncológicos del Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes, SOLCA Tungurahua.
- Familiares de los pacientes con diagnóstico de cáncer

✓ **Indirectos:**

Personal sanitario y autoridades de la Institución de Salud.

6.1.5 Tiempo Estimado:

Cuatro meses aproximadamente

6.1.6 Costo

1100

6.1.7 Equipo Responsable:

- **Investigador:** María del Carmen Charvet
- **Director de la Institución:** Doctor Nalo Martínez

6.2. Antecedentes

Los datos obtenidos en la investigación revelan que hay gran prevalencia de depresión en la población estudiada, motivo por el cual se hace indispensable la realización de actividades que contribuyan al tratamiento y seguimiento en pacientes con casos de depresión.

Se han hallado gran porcentaje de depresión en los niveles muy severo, moderado, leve y grave, es decir que quienes no presentan niveles depresivos son relativamente pocos pacientes, por lo cual es una necesidad el ofrecer una atención oportuna.

Es conocido además que en la mayor parte de los casos la aceptación del diagnóstico de una enfermedad mental se hace difícil, también es importante saber que los distintos síntomas de la depresión, en el caso de pacientes oncológicos son atribuidos como síntomas que se presentan en la enfermedad del cáncer, imposibilitando aún más el dar un adecuado tratamiento terapéutico cuando sea requerido.

La terapia grupal ha resultado ser beneficiosa en cuanto a trastornos del estado de ánimo refiere debido a que amplía la perspectiva sobre la enfermedad, lo que se traduce a menor probabilidad de riesgos para aquellos que presentan algún tipo de trastorno.

Se ha podido evidenciar que los grupos pueden brindar y recibir el apoyo emocional adecuado durante la experiencia de la enfermedad de cáncer, resulta ser más complicado que los pacientes oncológicos hablen de sus problemas a familiares y amigos que a personas quienes mantienen su mismo diagnóstico de enfermedad, de igual manera se ha podido comprobar que la dinámica de apoyo grupal crea un sentido de adherencia al tratamiento y la disminución de los niveles de depresión y ansiedad a través de la metodología y técnicas terapéuticas empleadas en cada fase.

6.3. Justificación

La ejecución de la presente propuesta es factible debido a los resultados obtenidos tras la investigación efectuada, dichos resultados revelan que los pacientes oncológicos muestran depresión en niveles preocupantes lo que a su vez indica que el área de adaptación social se torna de igual manera afectada.

Se hace necesario promulgar un bienestar psicológico en la población general, más aún se debe insistir en los casos de personas que padecen enfermedades crónicas como el caso del cáncer puesto que varios estudios han demostrado que las enfermedades físicas están estrechamente ligadas a las enfermedades mentales.

El presente estudio ha verificado que el área social se ve afectada debido a la gran variedad de síntomas presentes en procesos depresivos y los cambios que conllevan, así también se ha observado que el apoyo social es un coadyuvante requerido en los procesos de recuperación de los pacientes.

A pesar de que actualmente la Unidad Oncológica SOLCA no cuenta con un psicólogo de planta, las autoridades pertinentes han dado apertura a la realización de la presente propuesta, la misma que contará con el apoyo y colaboración de los practicantes de psicología clínica quienes conforman el departamento psicológico de la institución.

La presente propuesta procura educar como a sus familiares acerca de la depresión, el origen, causas, síntomas de la misma y dar tratamiento grupal pertinente a los pacientes y promulgar la recuperación a fin de que los pacientes y sus familiares puedan enfrentar tales procesos depresivos.

6.4. Objetivos

6.1.8 Objetivo General

Diseñar un programa terapéutico grupal dirigido a los pacientes con diagnóstico de cáncer que acuden a la unidad oncológica SOLCA, Tungurahua.

6.1.9 Objetivos Específicos

- Disminuir los niveles de depresión de los pacientes.
- Psicoeducar a los pacientes y familiares acerca de la depresión.
- Promover cambios en el estilo de vida y las cogniciones acerca de la depresión.

6.5. Fundamentación Científica

✓ Introducción

-Psicoterapia de grupos, un enfoque cognitivo conductual

Partiendo de la premisa de que el enfoque cognitivo conductual ha sido el más utilizado y el que mayor efectividad ha tenido respecto a trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, adicciones, entre otros. (Beck, 1967).

Beck (1967) hace aducción a que la psicoterapia de grupo es un sistema que refiere que las percepciones y estructuras de cada persona determinarán los sentimientos y conductas que este tenga, el objetivo que persigue la terapia cognitivo conductual de

grupo es el aprendizaje de competencias para el buen manejo y afrontamiento de situaciones que guardan relación con problemas emocionales y de relación. (Beck, 1967).

A través de este tipo de terapia se puede obtener un aprendizaje mutuo al contrastar diversas ideas y experiencias, a la vez dicho aprendizaje puede mejorar o ser corregido, se trabaja además sobre la potencialización del aprendizaje a través de distintas experiencias personales (Beck, 1967). Regularmente se trabaja en los siguientes temas:

- Manejo de técnicas de respiración y relajación.
- Control adecuado de creencias disfuncionales, pensamientos negativos.
- Control y manejo de conductas a nivel social, mediante la utilización de técnicas como: entrenamiento asertivo y entrenamiento en habilidades sociales.

El modelo cognitivo conductual está basado en la brevedad, se centra en el problema y da una solución en el aquí y el ahora, se trabaja a través de sesiones y tareas de autoayuda, no obstante también presenta ciertas limitaciones como la excesiva profundización de temas triviales y la restricción de la participación de algunos pacientes al estar en un grupo. (Beck, 1967).

Autores como, Lozano, L., Segura, I., Pedrosa, I., Suárez, J., García, E. (2016) mencionan que ante un acontecimiento aversivo puede aparecer en la vida de las personas un esquema de pensamiento depresivo, que a su vez genera que el procesamiento de pensamientos e información de manera distorsionada de sí mismo y del ambiente.

ETAPA 1

➤ Inauguración

✓ Técnica de presentación

El objetivo es permitir que las personas del grupo se conozcan, y en determinados casos obtener información sobre las interacciones y la manera de comunicarse del grupo, crear un ambiente de relajación. (Gómez, 2007).

- La telaraña

Es una técnica de presentación que tiene por objetivo que los miembros del grupo se conozcan, presentar al facilitador del programa, disminuir la tensión entre los participantes.

La dinámica se llevará a cabo gracias a la participación del facilitador el dirigirá la acción así pues los integrantes del grupo deben formar un círculo, como material para esta técnica necesitan un ovillo de lana. (Gómez, 2007).

- Pasos a seguir:

- El facilitador dará el ovillo de lana a uno de los participantes, él debe decir su nombre y un adjetivo con la letra de su nombre, además deberá señalar cual es la expectativa sobre la asistencia al programa psicoeducativo de la institución. (Gómez, 2007).
- La primera persona que tiene en su poder el ovillo tomará la punta de este y lo lanza a otro miembro del grupo, para que el realice su presentación personal, luego tomará el ovillo y lo lanzará al siguiente compañero. (Gómez, 2007).
- Este proceso se va a repetir hasta que todos los integrantes estén enlazados en una telaraña de lana. (Gómez, 2007).
- Cuando todos los integrantes del grupo hayan culminado con su presentación, cada uno irá lanzando la bola de lana a aquel que se la envió, esta vez

repetiendo la información dada por esta persona, así lo va haciendo cada participante, es decir que se seguirá una misma trayectoria en sentido inverso, hasta culminar en la primera persona en lanzar la bola de lana. (Gómez, 2007).

- Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresársela aquel que se la envió, repitiendo los datos por esa persona; este último hace lo mismo, de manera que la bola va recorriendo la misma trayectoria, pero en sentido inverso, hasta regresar al compañero que inicialmente la lanzó. (Gómez, 2007).

ETAPA II

➤ Psicoeducación

✓ Introducción a la psicoeducación

La psicoeducación consiste en educar e informar a los pacientes que padecen una enfermedad mental así como a sus familiares, gracias a la psicoeducación los pacientes adquiere la posibilidad de desarrollar, y fortificar sus capacidades para así poder hacer frente de manera más adaptativa a las distintas circunstancias que se presentarán durante el proceso. (Ramírez & Mota, 2012).

Para (Maldonado & Arevalo, 2010) la misión de educar tiene varios componentes tales como proveer la información necesaria, explicar de una manera clara y precisa, asegurándose de que el mensaje haya sido comprendido por todos los participantes.

Respecto a los tratamientos en trastornos mentales es importante que se lleve a cabo un proceso psicoeducativo con el fin de que los asistentes puedan tener un mejor entendimiento de la enfermedad a tratar. (Builes & Bedoya, 2006).

Además el proceso psicoeducativo facilita a que la situación sea asumida lo cual conllevará a que esta pueda realizar planes futuros para su vida. (Maldonado & Arévalo, 2010).

La psicoeducación está encaminada a clarificar la patología y a la resolución y tratamiento adecuado del trastorno lo que contribuirá un mejoramiento en la calidad de vida, gracias a los recursos y habilidades de cada paciente, ya que, a mayor información obtenida cada paciente puede enfrentar su enfermedad y vivir de mejor manera. (Ramírez & Mota, 2012).

El modelo psicoeducativo como abordaje de salud mental implica la participación tanto de profesionales como familiares, este proceso además promueve el concepto de atención integral y la participación de un equipo multidisciplinario. (Ledezma, Jazmín, Terriquez & Antonio, 2007).

Este modelo está dentro del marco de modelos causales de enfermedad, el cual refiere como factores de vulnerabilidad para desarrollar una enfermedad mental los factores genéticos, bioquímicos y cognitivos. (Ledezma, et al., 2007).

El concepto de psicoeducación involucra un entrenamiento a través de técnicas de afrontamiento, la explicación de técnicas científicas actuales para enfrentar el problema y brinda información sobre el origen, evolución y abordaje de la enfermedad. (Ledezma, et al., 2007).

La psicoeducación tiene como fundamento la participación imprescindible de la familia como elemento psicorehabilitador, lo que a su vez contribuye a que dentro del hogar se perciba un clima emocional adecuado lo que favorecerá que los pacientes puedan ser reinsertados a su medio. (Ledezma, et al., 2007).

✓ **La metáfora**

La metáfora además crea y transmite la utilización de imágenes mentales. Actualmente existe una gran cantidad de recursos que puede utilizar el psicoterapeuta para hacer uso de las metáforas como técnica que genere cambios en los pacientes. (Sepúlveda, Ramírez & Alcaíno, 2012).

La metáfora es una técnica narrativa pues puede emplearse de manera verbal, así como de manera no verbal al utilizar o inducir la imaginación, para la utilización adecuada de metáforas se debe tomar en cuenta factores como edad, sexo, etnia, nivel sociocultural. (Alcaíno, et al., 2012).

La metáfora es la comparación de dos objetos o conceptos para poder entender determinada situación más fácilmente, la metáfora es una técnica que se ha aplicado a la psicología, tiene un poder profundo y promueve su acción para un cambio interno, e implica el paso a un nivel de conciencia más profundo. (Alcaíno, et al., 2012).

En la vida diaria se pueden ver ejemplos comunes de la utilización de las metáforas, ya sea al pensar hablar, o escribir, por otro lado, los psicoterapeutas pueden usar las metáforas para hablar con sus paciente, ya que ofrecen nuevas formas de ver el mundo a través de una visión más amplia. (Alcaíno, et al., 2012).

En la puesta en terapia las metáforas dan a conocer el dolor emocional, la confusión y el sentido de la vida. (Alcaíno, et al., 2012).

✓ **Metáfora del Hoyo para la depresión**

La siguiente metáfora trata acerca de un hoyo, la persona debe imaginarse que está en un lugar y que lleva puesto un antifaz que le impide divisar su alrededor, por otra parte lleva consigo una maleta con herramientas, se le dice que su tarea consistirá en correr alrededor del lugar y que así vivirás el resto de su vida, además en dicho lugar donde se encuentra hay una serie de hoyos profundos, no se sabía previamente de la existencia de tales hoyos por lo cual se camina libremente y en un momento

determinado se cae en uno de estos hoyos, se das cuenta de que no hay forma de escapar de él, así que lo más coherente sería utilizar las herramientas que se tiene en la mochila, en este caso la única herramienta hallada es una pala, empieza a cavar sin éxito, se cava más rápido con paladas más grandes con paladas más pequeñas, se pone tierra se quita pero se sigue en el hoyo, por más que se esfuerce no se puede salir del hoyo, y empieza un sentimiento de frustración debido a los intentos fallidos, pues por más que se cava el hoyo, solo se hace más profundo. (Cabrero, 2011).

✓ **La psicooncología y trastornos frecuentes en la población oncológica**

La psicooncología se deriva o es una rama de la psicología que hay surgido como necesidad de los pacientes que padecen cáncer y sus familiares, con el fin de dar el apoyo necesario y eficiente a estos grupos. (Middleton, 2002).

La psicooncología abarca aspectos psicoprofilacticos como manejo del dolor, tratamiento en casos de cáncer avanzado, elaboración de duelo y un asesoramiento a los familiares así como al equipo de salud que se encuentra al tanto. (Middleton, 2002).

Por otra parte se puede hablar de psicooncología proactiva, gracias a la cual se descubre conjuntamente con el paciente ir descubriendo características de su forma de vida las cuales hayan influido en la presentación de su enfermedad actual y el curso que tiene y de alguna manera revertir o mejorar el efecto que estas producen. (Middleton, 2002).

Por otra parte, el Dr. Claus Bahnson (citado por Middleton, 2002), argumenta que hay datos que respaldan la creencia de que los distintos acontecimientos psicológicos en lo que interviene el sistema nervioso pueden influenciar en las reacciones endocrinas e inmunitarias de los procesos malignos.

Basándose en diversas investigaciones se ha llegado a la conclusión que el cáncer produce sufrimiento psicológico significativo ya que el malestar psicológico debido al cáncer aparece en más del 30% de los casos lo que genera graves riesgos para la salud de quienes lo padece. (Hernández & Cruzado, 2003).

La presencia de trastornos psicopatológicos varía entre los pacientes oncológicos, es así que se han hallado que existe malestar emocional en general y en otros casos la presencia de trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos con altas cifras de prevalencia en esta población. (Hernández & Cruzado, 2003).

ETAPA 3

➤ Abordaje terapéutico

✓ Entrenamiento autógeno de Schultz

El entrenamiento autógeno significa ejercitarse a sí mismo, este influye sobre el comportamiento de las partes del cuerpo, conjuntamente a este proceso se llevan a cabo representaciones mentales al final como resultado se alcanzará la relajación. (Rodríguez, 2010).

Este entrenamiento se puede llevar a cabo a través de la concentración y perseverancia, si la persona se encuentra tensa y poco concentrada le será más difícil alcanzar un grado de relajación, es decir la relación muscular se lleva a cabo a través de la mente, el cuerpo y la mente se encuentran unidos para que el proceso de relajación pueda llevarse a cabo. (Rodríguez, 2010).

Para la realización correcta de la técnica se necesita de un lugar adecuado, tranquilo, con una temperatura confortable; la posición en la que se encuentra la persona debe ser sentada o tumbada de cúbito supino. (Rodríguez, 2010).

Según Rodríguez (2010), el método de Schultz consiste principalmente en la relajación de seis zonas del organismo, estas son:

1. Músculos (peso) 4. Respiración
2. Vasos sanguíneos (calor) 5. Órganos abdominales
3. Corazón (ritmo cardíaco) 6. Cabeza (frescor)

Para Tappe (2008), la relajación autógena de Schultz se lleva a cabo a través de los siguientes procesos:

- **Sensación de pesadez**
- El primer ejercicio será de pesadez, se irá repitiendo en la mente como si fuera un eco la siguiente frase:
 - “mis brazos y piernas están muy pesados” (repetir cinco veces)
 - Tras conseguir la sensación de pesadez pertinente, alcanzando se incorpora a la parte final una nueva frase:
 - “estoy completamente tranquilo”.
- **Sensación de calidez (relajación vascular)**
- Una vez conseguido la sensación de pesadez, se pasa al segundo ejercicio, el que implica la sensación de calor, se repetirá la siguiente frase:
 - “Mis brazos y piernas están cálidos y pesados” (repetir cinco veces)
 - Mi Cuerpo está cálido y pesado (repetir cinco veces)
 - “Estoy muy tranquilo” (repetir 1 vez)

- **Respiración tranquila y regular**

- En el proceso de relajación es muy importante manejar una respiración adecuada, las frases en esta etapa serán:
- Respiro muy tranquilo (repetir cinco veces),
- Al final se dirá la frase
- “Estoy muy tranquilo” (repetir una vez)

- **Sensaciones del latido del corazón**

- La siguiente frase se repetirá como eco en la mente:
- Mi corazón late tranquilo y rítmicamente (repetir cinco veces)
- “Estoy muy tranquilo” (una vez)

- **Plexo solar:**

- La atención debe ser dirigida hacia la zona que está encima del ombligo, repitiéndose como anteriormente se había hecho:
- Mi abdomen está cálido y relajado. (Repetir 5 veces)
- Mi plexo solar irradia calor a todo el cuerpo. (Repetir 5 veces)
- Deja que estas palabras resuenen en la mente como un eco.

- ✓ **Técnicas de detención de pensamientos negativos:**

Esta técnica tiene como objetivo impedir que el pensamiento negativo avance, a través de un mandato de orden verbal como repetirse a sí mismo “detente” “para”, o a través de la autoaplicación de un estímulo negativo como por ejemplo pellizcarse para impedir que este pensamiento se desarrolle. (Benedito et al., 2004).

✓ **Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos:**

Para Benedito et al., (2004), a través de esta técnica se pretende que cada paciente pueda referir argumentos que puedan reducir tanto el impacto como la intensidad y validez de cada pensamiento negativo que se presenta. Se pueden referir las siguientes alternativas:

- Antes de sentirme triste y deprimido, ¿yo observaba mi vida de manera tan negativa como lo hago hoy en día?
- ¿Le doy menor importancia a los aspectos positivos?
- ¿Engrandezco los aspectos negativos de mi vida?
- ¿En qué medida me sirve pensar de esa manera?
- ¿De qué manera pensaría otra persona estando en mi lugar?
- ¿Soy realista al pensar de esa manera?
- ¿Cuáles son las pruebas que tengo a favor y en contra?

ETAPA 4

➤ **Abordaje terapéutico**

✓ **Dinámica grupal “El cuento vivo”**

- Pasos a seguir:

Los participantes deben sentarse formando un círculo, cada uno de ellos hablará a manera de relato sobre un tema indistinto, dentro del cual deben incluir personaje y animales que realicen determinados comportamiento y acciones concretas

Una vez haya empezado el relato el participante, el terapeuta señalará que debe actuar con las actitudes características al personaje o animal mencionado.

Pueden evidenciarse variaciones respecto a la técnica, el facilitador o terapeuta puede hacer que el relato se construya de manera grupal.

Al iniciar la historia puede ir dándole la palabra a otro de sus compañeros para que este pueda continuarlo. (Gómez, 2007).

✓ **Entrenamiento en autoinstrucciones:**

Este entrenamiento está basado en la sustitución de autoverbalizaciones negativas por autoverbalizaciones positivas, a través del cambio en el discurso personal. (Benedito et al., 2004).

✓ **Técnicas de distracción:**

A través de la realización de una actividad (como contar carros, dar descripción a objetos) competir frente a las cogniciones negativas, para así favorecer el cambio del foco de atención. Entre las actividades más comunes se encuentran:

- Focalizar la atención en el entorno

- Efectuar actividades mentales incompatibles (problemas de razonamiento, programar la agenda del día, hacer listas de compra)

- Variar las actividades y situaciones (escribir un mail, llamar por teléfono, darse un baño). (Benedito et al., 2004).

✓ **Lluvia de ideas (*brainstorming*)**

Es una técnica utilizada en la resolución de conflictos en la cual todos los asistentes de un grupo pueden participar, la técnica de la lluvia de ideas a ayuda a producir varias ideas sobre un tema o un problema específico, además estimula la integración el interés y el pensamiento creativo, este tipo de técnica funciona mejor entre grupos de La 10 a 20 persona, pues el fin es que todos participen. (Collum, 2001).

Esta técnica requiere de un moderador que dirija la actividad y además de un secretario quien haga los apuntes necesarios de las ideas que el grupo va dando, preferentemente estas anotaciones se harán en una pizarra para que esté al alcance de todos. (Collum, 2001).

A pesar de que la técnica de la lluvia da apertura a ideas y opiniones generales, las críticas y evaluaciones ya sean constructivas o negativas no están permitidas durante la sesión.

Otro punto importante es que la cantidad es más importante que la calidad ya que a mayor cantidad de ideas se puede obtener mayor cantidad de buenas ideas. (Collum, 2001).

En el caso de que haya ideas que se tornen diferentes o que pareciera estar fuera de contexto, a las demás propuestas, se debe saber que son igualmente valoradas, aunque parecieran imposibles de realizar. (Collum, 2001).

Después de haberse obtenido la información el moderador conjuntamente con los participantes de la sesión procederán a realizar actividades de evaluación. (Collum, 2001).

Desarrollado por Dr. John Collum Swisscontact – TITI. (Collum, 2001).

Sirve para incrementar el potencial creativo de las personas, se requiere de un ambiente relajado para que las personas puedan expresarse libre y creativamente. (Vivas, Rojas & Torras, 2012).

El facilitador debe guiar la sesión y animar a que los asistentes participen. (Vivas, Rojas & Torras, 2012).

En primera instancia se debe definir el problema, ponerle un nombre específico al tema y establecer un tiempo límite o establecer un número fijo de ideas. (Vivas, Rojas & Torras, 2012).

ETAPA 5

➤ Abordaje terapéutico

✓ Retroalimentación

El correo

-Pasos a seguir:

-Los participantes van a crear un círculo con sillas, es decir cada uno de ellos debe tener una silla, excepto uno de ellos puesto que él se quedará parado en la parte central del círculo formado. (Gómez, 2007).

-El compañero que se encuentra de pie en el centro, debe decir una frase que empiece con la premisa “Traigo una carta con...” a continuación completará la frase con una característica evidente en los asistentes, por ejemplo “Tengo una carta para todos los que tienen el cabello negro”, entonces todos los participantes que tengan cabello negro deben cambiar su lugar y el que está en el centro ocupará una silla. (Gómez, 2007).

-El participante que se quede sin silla dentro de este proceso tendrá que mencionar la misma frase, esta vez cambiando la característica o adjetivo por uno nuevo, "Traigo una carta para todos los que tiene chompa", y así se irá realizando sucesivamente. (Gómez, 2007).

-Además es importante recalcar que las instrucciones sean bien entendidas e informar a los participantes que las características no pueden repetirse. (Gómez, 2007).

➤ Influencia del pensamiento en las emociones y conductas:

Se requiere reconocer la interpretación que cada una de las personas tiene respecto al mundo y después se trabaja con el “darse cuenta” de cómo dicha realidad repercute en el comportamiento y sentimientos posteriores. (Benedito et al., 2004).

➤ **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva es basa en la identificación de las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos negativos tomando como referencia la idiosincrasia de cada paciente. (Benedito et al., 2004).

Según (Benedito et al., 2004), se debe trabajar en los siguientes puntos:

- **Sesgos de pensamiento:**

- Respecto a la interpretación de la realidad
- Son los errores cognitivos que ocurren en el momento de dar una interpretación a la realidad, los errores cognitivos más habituales son:

- **Sobregeneralización:**

- Es emitir una ley o norma general, es decir que se aplica a todos los casos a partir de hechos aislados.

- **Error de evidencia:**

- Emitir conclusiones apresuradas contando con información insuficiente y poco sustentable.

- **Certeza vs probabilidad:**

- Este error cognitivo radica en dar un valor absoluto a acontecimientos probables.

- **Pensamiento todo-nada:**

- Propensión a catalogar las experiencias vividas a través de categorías extremas, es decir la persona utiliza el extremo negativo para referirse a sí

mismo, sin reflexionar acerca de la utilización de términos intermedios dentro de esta concepción.

- **Pensamiento absolutista:**

- Cuando el individuo emite una estimación de la realidad amplia y totalmente negativa.

- **Identificación de pensamientos negativos:**

- Un pensamiento negativo es una imagen o idea repentina automática y estereotipada, no persigue un fin, son difícilmente controlables y parecen ser meritorios a la persona cuando sucede, asimismo este tipo de cognición contiene términos absolutos como por ejemplo: espantoso, inaguantable, imposible y se anticipan a los acontecimientos negativos.

ETAPA 6

- **Abordaje terapéutico**

- **Cadena de asociaciones**

-Pasos a seguir:

-El primer paso es elegir conceptos o palabras que susciten interés y agrado entre los compañeros, palabras tales como: “personalidad” “sentimiento” “ánimo” “sueños”. (Gómez, 2007).

-Cumplido el primer paso se les pide a los participantes que hagan una asociación entre estas palabras con otras nuevas que para ellos tienen algún significado y relación, cada uno de ellos irán diciendo estas palabras y como las relacionan, por

ejemplo si la palabra es energía quienes participan podrían mencionar “movimiento” “mecánica” “viento”. (Gómez, 2007).

-El facilitador por otra parte se encargará de ir apuntando las distintas relaciones entre las palabras que se van mencionando, para al final discutir porque tiene relación una palabra con la otra y así facilitar la asociación de distintos conceptos y la abstracción de tales para un mejor entendimiento de las experiencias. (Gómez, 2007).

➤ **Programa de actividades (dominio-agrado):**

Consiste en hacer que los pacientes realicen una planificación de actividades para emplear adecuadamente su tiempo y así poder contrarrestar la falta de motivación, falta de actividad, constantes ideas depresivas; asimismo mediante la valoración del dominio ya sea la ejecución y el agrado de cada actividad se trabajará sobre las creencias de inutilidad y ausencia del disfrute. (Benedito et al., 2004).

Los pacientes lograrán tener de esta manera un ritmo progresivo de actividad, al principio se ha de trabajar en actividades simples y paulatinamente se irá aumentando la complejidad de los objetivos y por tanto el cumplimiento de los mismos, fortaleciendo en cada paciente el sentimiento de utilidad y capacidad. (Benedito et al., 2004).

➤ **Práctica de ensayo cognitivo:**

A través de esta técnica cada paciente imaginará los pasos que comprometen la ejecución de una tarea, se provee la atención de detalles en cada actividad, además se identifican los obstáculos y se evita la divagación. (Benedito et al., 2004).

➤ **Juego de roles:**

Es una técnica ampliamente extendida en la cual se produce una interacción entre el paciente y el terapeuta, cada uno de estos adopta un rol asignado. (Benedito et al., 2004).

ETAPA 7

➤ **Abordaje a través de técnicas cognitivo conductuales**

Técnicas de Habilidades Sociales

➤ **Concepto de habilidad social**

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que utiliza una persona al comportarse en un ámbito social, la conducta social es la conducta social del individuo dependerá de distintas variables y circunstancias, está guiada por factores del ambiente y la interacción entre estos, por tal motivo tales características son específicas y no generales. (Goroskieta, 2004).

✓ **Técnicas:**

Goroskieta (2004) propone a detalle una variedad de técnicas que pueden utilizarse a fin de mejorar las habilidades sociales personales, estas son:

- **Disco rayado:** esta técnica consiste en decir no, firmemente y sin argumentar excusas, sin mostrar enojo o alzar la voz, y repetir este argumento en tanto sea necesario.
- **Banco de niebla:** esta consiste en dar una explicación a la negativa planteada anteriormente, a fin de evitar la manipulación, el chantaje y presión, se continúa utilizado la técnica del disco rayado.

- Aplazar la respuesta: es una forma de demorar la petición a la que se dará una respuesta negativa con el fin de no herir a la otra persona.
- Cortar: se utiliza para dar término a una conversación sobre un tema específico, a pesar de ser cierto algún punto de la conversación pero se reconoce como manipulativo, se opta por mantenerse en la postura inicial.
- Información mutua: se escucha atentamente al interlocutor haciéndole saber que se entiende lo que el argumenta, y después se le otorga otra información.
- Aserción Negativa: es dar respuesta concisa antes una crítica.
- Interrogación negativa: es repetir lo que dice el interlocutor de una manera imparcial, es decir sin referir acuerdo o desacuerdo con lo dicho.
- Parafrasear: es expresar la opinión personal sobre la idea de la otra persona, utilizando un tono parecido al que ella utiliza.
- Rehusar peticiones: se dan razones mas no excusas del rechazo de determinada petición, haciéndolo de manera clara y precisa.
- Resistir la tentación: es el poder abstenerse de consumir productos o realizar actividades dañinas para cada uno, evitando defraudar o hacer sufrir a los demás.

✓ **Motivación**

La motivación es un proceso interno que involucra el deseo de querer cubrir una necesidad, que impulsa a la realización de conductas o a impedir alguna de ellas, la motivación incluye elementos como: activación, persistencia, direccionalidad, vigor y finalización. (Japón, 2006).

Para Utria (2007) la motivación implica un conjunto de factores innatos (biológicos) y aprendidos (cognoscitivos, afectivos y sociales) que inician, sostienen o detienen la conducta. La casualidad interna del comportamiento se concibe de la misma manera como se concibe la causalidad externa en los fenómenos físicos. (Utria, 2007).

Diversos autores han planteado que cualquier conducta debe estar motivada, ya que en ella se produce una liberación de energía, la motivación significa moverse, a pesar

de que no se puede observar, se puede apreciar a través de la observación de comportamientos y acciones determinados. (Japón, 2006).

Así mismo la adaptación es un proceso que requiere la constante búsqueda del cumplimiento de los objetivos individuales planteados. (Japón, 2006).

Se han identificado dos modos de motivación, estos son:

La motivación extrínseca: realiza una acción para poder conseguir un objetivo

La motivación intrínseca: es afín a la actividad cognitiva, se realiza una acción basada en propio valor que tiene.

La motivación dependiendo del enfoque ha recibido diferente denominación como es en el caso de los instintos, pulsiones, refuerzos, necesidades, emociones, intereses, entre otros. (Utria, 2007).

ETAPA 8

- **Abordaje a través de técnicas cognitivo conductuales**
- **Retroalimentación**
- ✓ **Otras Técnicas de Habilidades sociales**

Goroskieta (2004) refiere las siguientes técnicas para mejorar las habilidades sociales, estas son:

- Responder a la crítica: es darse cuenta de los propios errores, sin actuar defensivamente y evitando atacar a los demás.
- Solicitar un cambio de comportamiento molesto: se indica la petición firmemente sin llegar a ser agresivo, a pesar de que muchas veces aparezcan pensamientos inhibidores que impidan llevar a cabo el propósito.
- Discrepar con los demás: utilizar el pronombre yo, a fin de expresar la opinión personal sin dejarse llevar únicamente por las creencias de los demás

- Resistir la interrupción de los otros: utilizar gestos, cambiar el tono de voz, mirar directamente a los ojos del interlocutor, así se podrá resistir en ocasiones la molesta interrupción
- Reconocer un error: expresándolo de manera abierta sin denigrarse por tal motivo, pues ocultarlo muchas veces puede mostrar debilidad.
- Admitir ignorancia: sin optar por una postura agresiva o débil se pretende que si se desconoce o se olvida algo hacer evidente con la naturalidad del caso.
- Aceptar cumplidos: En el caso de recibir cumplidos sinceros lo óptimo sería aceptarlos, el rechazarlos podría indicar soberbia, no necesariamente se debe devolverlos.
- Aceptar o rechazar compañía: requiere el aceptar o rechazar en buenos términos la compañía de las personas.
- Comportamiento para acercarse: comportamientos como dar una sonrisa, otorgar información verbal positiva, ser simpático, son comportamientos que permiten tener una conversación.
- Comportamiento de rechazo: evitar aparentar interés falso para mostrar educación, ser directos y claros para evitar una conversación que carece de interés particular.
- Iniciar conversaciones: a veces puede resultar incómodo iniciar una conversación, pues la falta de seguridad implica que tomar la iniciativa sea riesgoso, sin embargo se puede iniciar una conversación haciendo una pregunta, comentando algo, haciendo cumplidos o dando una opinión sobre algún tema particular.

➤ **Técnica de cierre**

El objetivo de la técnica de cierre es clausurar el programa y evaluar si los objetivos planteados en primera instancia han llegado a cumplirse y cuánto han avanzado cada integrante. (Gómez, 2007).

El PNI (Positivo, negativo e interesante).

Esta técnica permite reconocer cuales han sido los puntos positivos y negativos del trabajo del grupo durante las sesiones establecidas. (Gómez, 2007).

Para su aplicación se necesitará de hojas de papel, la cual será una para cada miembro participante, se les indicará a los integrantes que de forma individual y personal escriba desde su perspectiva los puntos positivos y negativos del programa, una vez que todos han llenado las hojas, estas se recogen y se forman grupos de trabajo en donde los integrantes expondrán sus ideas en papelógrafos y las compartirán con los otros grupos. (Gómez, 2007).

6.6 Metodología Plan De Acción

➤ Sustento teórico científico de la propuesta

- Modelo de la propuesta

Programa terapéutico grupal dirigido a los pacientes con diagnóstico de cáncer.

- Enfoque

Cognitivo-Conductual

- Plan de Acción

- Tiempo

- El programa terapéutico grupal está dirigido a los pacientes y sus familiares quienes acuden a la Unidad Oncológica SOLCA, el programa se llevará a cabo a través de 8 etapas, cada una estas etapas del programa se realizará cada 10 días y tendrán dos hora de duración.

- Las etapas del programa abordarán aspectos relevantes sobre educación, tratamiento de la depresión, técnicas cognitivo conductuales, conceptos y dinámicas.
- Además se harán las respectivas retroalimentaciones o un breve resumen acerca de las técnicas tratadas y posteriormente se realizarán nuevas técnicas terapéuticas, en cada fase planteada.
- Al término del programa terapéutico se llevará a cabo un agradecimiento a la institución y a los participantes, se realizará un compromiso entre todos, asimismo se les hará una invitación a los participantes y sus familiares para que acudan al consultorio psicológico de la institución en caso de requerir asistencia.

✓ **Número de técnicas**

- **Técnicas terapéuticas**

- Técnicas explicativas
- Técnicas de retroalimentación
- Técnica de clarificación
- Técnicas de relajación muscular
- Técnicas con metáforas
- Técnica de la lluvia de ideas
- Preguntas Estratégicas Lineales.
- Preguntas Descriptivas Lineales.
- Preguntas Descriptivas Circulares.
- Preguntas Reflexivas Circulares.
- Reestructuración cognitiva
- Técnicas de distracción
- Juego de roles

- Detención de pensamientos
- Entrenamiento en desafíos de pensamientos
- Entrenamiento en autoinstrucciones
- Técnicas de dominio-agrado
- Práctica de ensayo cognitivo
- Técnicas de habilidades sociales

➤ **Número de sesiones:**

❖ **Primera Etapa**

- ✓ Inauguración del programa psicoeducativo
- ✓ Dinámica de presentación
- ✓ Presentación de las personas a cargo del taller
- ✓ Respuestas a las inquietudes de los asistentes

❖ **Segunda Etapa**

- ❖ Utilización de una Metáfora.
- ✓ Psicoeducación
- ✓ Charla respecto a la psicooncología y enfermedades mentales frecuentes en la población oncológica.
- ✓ Videos explicativos con el tema de “depresión”.
- ✓ Realización de un foro con

❖ **Tercera Etapa**

- ✓ Técnica de relajación muscular
- ✓ Técnicas de detención de pensamientos negativos.

- ✓ Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos.
- ✓ Respuestas a las inquietudes de los asistentes.

❖ **Cuarta Etapa**

- ✓ Dinámica grupal
- ✓ Entrenamiento en autoinstrucciones:
- ✓ Técnicas de distracción
- ✓ Respuestas a las inquietudes de los asistentes.

❖ **Quinta Etapa**

- ✓ Exposición de un problema y la utilización de una lluvia de ideas para su resolución a través de una lluvia de ideas.
- ✓ Influencia del pensamiento en las emociones y conductas
- ✓ Reestructuración cognitiva.
- ✓ Utilización de la lluvia de ideas para resolución de problemas.

❖ **Sexta Etapa**

- ✓ Realización de la dinámica planteada
- ✓ Programa de actividades (dominio-agrado):
- ✓ Práctica de ensayo cognitivo:
- ✓ Juego de roles
- ✓ Respuestas a las inquietudes de los asistentes.

❖ **Séptima etapa**

- ✓ Dar una introducción al tema de “motivación”
- ✓ Promover un estado de motivación en los participantes.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales
- ✓ Respuestas a las inquietudes de los asistentes.

❖ **Octava Etapa**

- ✓ Rescatar los principales puntos expuestos en etapas anteriores.
- ✓ Trabajar en entrenamiento de habilidades sociales.
- ✓ Facilitar el respectivo cierre al programa y plantear compromisos de los participantes

➤ **Duración de la ejecución del programa terapéutico grupal para pacientes oncológicos y sus familias.**

-La duración del Programa Terapéutico Grupal es de 3 meses aproximadamente

✓ **Participantes**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer que asisten al Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes SOLCA- Tungurahua.
- Familiares de los pacientes que acuden a la institución hospitalaria.
- Pasantes de Psicología Clínica quienes tienen a cargo el Departamento de psicología de la institución.

✓ **Lugar**

- Auditorio de la Institución: “Hospital Oncológico Julio Enrique Paredes SOLCA- Tungurahua”

✓ **Evaluación**

- Tras el término del programa terapéutico grupal para pacientes oncológicos, se llevó a cabo una entrevista clínica individual dirigida a los pacientes con el fin de determinar el estado de ánimo.

6.7. Metodología – Modelo Operativo

TABLA N°52

ETAPA 1	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Inicio	<p>-Promover la empatía y confianza entre los participantes.</p> <p>-Dar a conocer a los participantes acerca del programa terapéutico grupal para tratar a realizarse en la institución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inauguración del programa. ✓ Presentación de las personas a cargo del programa ✓ Explicación de la programación de las sesiones terapéuticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empatía ✓ Raport 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono ✓ Computador ✓ Proyector ✓ Parlantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	25 minutos
Desarrollo	<p>-Presentar e integrar a los participantes y estructurar al grupo</p> <p>-Fomentar la unión grupal y promover el cumplimiento de objetivos personales y grupales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinámica en grupo (la telaraña) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica de Presentación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revistas ✓ Cartulinas ✓ Tijeras ✓ Goma ✓ Auditorio de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	45 minutos

Cierre	<p>-Aclarar las dudas de los participantes y asegurar la comprensión del programa.</p> <p>-Conseguir un compromiso de los integrantes para su posterior participación en el programa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar respuestas a las preguntas que puedan tener los asistentes. ✓ Explicar la importancia de participar en las terapias grupales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	20 minutos
---------------	---	--	---	--	--	------------

Fuente: Metodología- Modelo Operativo

Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°53

ETAPA 2	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Inicio	-Captar la atención de los participantes y vincularlos con el tema a tratar.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lectura de una metáfora relacionada al tema de la charla. ✓ Reflexión sobre el principal punto de la metáfora expuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Metáfora 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono ✓ Proyector ✓ Diapositivas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	15 minutos
Desarrollo	-Brindar a los pacientes la información necesaria acerca de trastornos psicopatológicos frecuentes en la población oncológica y de las causas, síntomas y posibles tratamientos de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Charla explicativa sobre la psicooncología y las enfermedades mentales más frecuentes en la población oncológica. ✓ Explicación del modelo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas y trastornos depresivos a través de un video. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicación ✓ Técnica explicativa ✓ Video 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyector ✓ Micrófono ✓ Parlantes ✓ Computador ✓ Diapositivas ✓ Auditorio de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	60 minutos

Cierre	<p>-Aclarar las dudas de los participantes y asegurar el entendimiento de la información.</p> <p>-Afirmar la comprensión del tema tratado en la etapa psicoeducativa</p> <p>-Proporcionar datos pertinentes tanto a los pacientes como a sus familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de un Forum con los asistentes. ✓ Responder a preguntas realizadas por los asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica explicativa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigadora 	20 minutos
--------	--	---	---	--	---	------------

Fuente: Metodología- Modelo Operativo

Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°54

ETAPA 3	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Inicio	-Promover la relajación y tranquilidad de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de la técnica de relajación propuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica de entrenamiento autógeno de Schultz 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono ✓ Computador ✓ Música de fondo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	20 minutos
Desarrollo	-Aprender habilidades cognitivas que permitan reemplazar los pensamientos poco adaptativos por otros mayormente adaptativos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas de detención de pensamientos negativos. ✓ Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas cognitivas conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Computador ✓ Música ✓ Parlantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	60 minutos
Cierre	-Asegurar la comprensión de los temas tratados.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respuesta a las preguntas realizadas por los asistentes. ✓ Realización de preguntas al público participante. ✓ Repartición trípticos con 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica explicativa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Computador ✓ Proyector ✓ Parlantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	20 minutos

		información la charla psicoeducati va realizada. ✓				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Metodología- Modelo Operativo
Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°55

ETAPA 4	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPOS
Inicio	-Animar a los participantes y captar su atención y concentración.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de la dinámica grupal “El cuento vivo” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica de dinámica grupal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartulinas ✓ Marcadores ✓ Fomix ✓ Imágenes ✓ Collages 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	20 minutos
Desarrollo	-Aprender habilidades cognitivas que permitan reemplazar los pensamientos poco adaptativos por otros mayormente adaptativos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en autoinstrucciones: ✓ Técnicas de distracción 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas cognitivas conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Micrófonos ✓ Diapositivas ✓ Auditorio de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	60 minutos

Cierre	-Procurar el entendimiento de los temas abordados.	✓ Dar respuesta a las dudas de los participantes.	✓ Técnicas explicativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio ✓ Proyector ✓ Diapositivas ✓ Micrófono ✓ Sillas 	✓ Investigador	20 minutos

Fuente: Metodología- Modelo Operativo
Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°56

ETAPA 5	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Inicio	-Animar a los integrantes del grupo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de la dinámica propuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinámica “El correo” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio ✓ Sillas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	20 minutos
Desarrollo	-Situación a los participantes en sus pensamientos generales y cada característica específica respecto a los trastornos depresivos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Influencia del pensamiento en las emociones y conductas ✓ Reestructuración cognitiva. - Sesgos de pensamiento: - Sobregeneralización: - Error de evidencia: - Certeza vs probabilidad: - Pensamiento todo-nada: - Pensamiento absolutista 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas cognitivas conductuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esferas ✓ Lápices ✓ Borradores ✓ Hojas bond ✓ Pizarrón 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	60 minutos

		- Identificación de pensamientos negativos:				
Cierre	-Ampliar las opciones en la resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposición acerca de un problema cotidiano común al grupo. ✓ Elaboración de una lluvia de ideas con la participación de todos los asistentes. ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lluvia de ideas (brainstorming) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono ✓ Hojas de papel ✓ Esferos ✓ Sillas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	20 minutos

Fuente: Metodología- Modelo Operativo
Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°57

ETAPA 6	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Inicio	-Ejercitar la abstracción y la relación entre conceptos. Examinar las interpretaciones sobre cada término a partir de las experiencias del grupo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de la dinámica grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinámica grupal: Cadena de asociaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Sillas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigado ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital 	20 minutos
Desarrollo	-Situación a los participantes en sus pensamientos generales y destacar características específicas respecto a los trastornos depresivos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa de actividades (dominio-agrado): ✓ Práctica de ensayo cognitivo: ✓ Juego de roles 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas cognitivo conductuales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Sillas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador 	60 minutos
Cierre	-Disipar las dudas que pudieran tener los participantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar respuesta a las dudas de los participantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica explicativa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del 	20 minutos

	del taller.	.			Hospital	
--	-------------	---	--	--	----------	--

Fuente: Metodología- Modelo Operativo

Elaborado por: Charvet M, 2016

TABLA N°58

ETAPA 7 ABORDAJE	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Inicio	-Incentivar a los participantes a que trabajen en su motivación Promover estados emocionalmente adaptativos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Charla con el tema “Motivación”. ✓ Exponer el concepto e importancia de la motivación. ✓ Motivar a los participantes del programa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Charla Técnica explicativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono 	Investigador	20 minutos
Desarrollo	-Fomentar las relaciones cordiales y adaptativas. -Promover la	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar a conocer las técnicas en habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en habilidades sociales ✓ Explicación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono 	Investigador	60 minutos

	resolución de conflictos de manera rápida y eficaz					
Cierre	-Conocer aspectos positivos, negativos e interesantes dentro del grupo de la temática tratada, de todas las sesiones.	✓ Realización de la técnica grupal “PNI (Positivo, negativo e interesante).”	✓ Técnica grupal PNI	✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono	✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital	20 minutos

Fuente: Metodología- Modelo Operativo

Elaborado por: Charvet M, 2015

TABLA N°59

ETAPA 8 CIERRE	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Inicio	-Asegurar y confirmar la transmisión y asimilación de la información otorgada	✓ Rescatar los principales puntos expuestos de los seis talleres abordados.	✓ Feedback	✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono	Investigador	20 minutos
Desarrollo	-Fomentar las relaciones cordiales y adaptativas. -Promover la resolución de conflictos de manera rápida y eficaz	✓ Dar a conocer las técnicas en habilidades sociales.	✓ Entrenamiento en habilidades sociales ✓ Explicación	✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono	Investigador	60 minutos
Cierre	-Conocer aspectos positivos, negativos e interesantes dentro	✓ Realización de la técnica grupal “PNI (Positivo, negativo e interesante).”	✓ Técnica grupal PNI	✓ Auditorio de la institución ✓ Micrófono	✓ Investigador ✓ Pasantes de Psicología Clínica del Hospital	20 minutos

	del grupo de la temática tratada, de todas las sesiones.					
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Metodología- Modelo Operativo

Elaborado por: Charvet M, 2015

6.8. Plan De Monitoreo

TABLA N°60

¿QUÉ HACER?	¿CÓMO HACER?
¿Quién ejecuta?	Investigador: María del Carmen Charvet
Lugar de ejecución	Auditorio del Hospital SOLCA Ambato
¿A quiénes?	Pacientes de la Institución
¿Cuándo?	Diciembre 2014 - Mayo 2015
¿Con que finalidad?	Depresión y adaptación social

Fuente: Plan de monitoreo.

Elaborado por: Charvet M, 2015

C. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Aragón, L. & Bosques, E. (2012). Adaptación familiar, escolar y personal de adolescentes de la ciudad de México. *Enseñanza e investigación en psicología*. (17) 2, 265-283.
- Cabrales, J. (2006). El Abordaje de la depresión desde distintos marcos conceptuales psicológicos. *Universidad Autónoma España de Durango (México)*, 30-65. Recuperado el Diciembre de 2014
- Chávez, G. P. (2007). Las mujeres mexicanas con cancer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud pública de México*.
- De La Garza, F. (2006). *Cáncer*. Mexico: Trillas.
- Gallardo, R. (2006). Naturaleza del estado de ánimo. *Revista China de Neuropsicología*, 29-40.
- Goldman, H. H. (2000). *Psiquiatría General*. Baltimore: El manual moderno México, DF, Santa fe de Bogotá.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Hernán, S., & Uribe, M. (2008). *Psiquiatría Clínica*. Bogotá: Panamericana.
- Gómez, S. (13 de Agosto de 2012). Psicopatología I. Tlalnepantla, México, México.
- Herrera, L., Medina, A., & Naranjo, G. (2008). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ambato: Empredane Gráficas Cía. Ltda. Quito.
- INEC. (2012). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Recuperado el 19 de Diciembre de 2015, de Instituto Nacional de Estadística y Censos.

- INEC. (17 de Febrero de 2015). La depresión y consumo de drogas desatan la mayoría de los suicidios. *Diario el Comercio*.
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2010). Modelos Teóricos y Clínicos para la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 119-145.
- Lizondo, G., & Llanque, C. (2008). Depresión. *Revista Papeña de Medicina Familiar Actualizaciones*, 24-31.
- Paradiso, S., Naridze, R., & Holm-Brown, E. (2011). Lifetime romantic attachment style and social adaptation in. *Geriatric Psychiatry*, 1008–1016.
- Ribeirão, P. (2004). Brazilian Journal of Medical and Biological Research. *Scielo*, 1713-1720.
- Robles, R. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cancer de mama, el papel de la fektividad y el soporte social. *PSICOONCOLOGIA*, 191-201.
- Santana, P. (2012). Plan anual y propuesta para el año fiscal 2012. *Cáncer un cambio en la conversación*, 92-119.
- Vallejo, J. (2002). *Introducción a la Psicopatología*. Barcelona: MASSON EDICIONES.
- Vásquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico. modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 417-449.
- Villanueva, L., Prado, V., Remedios, G., & Inmaculada, M. (2014). Conciencia emocional, estados de ánimo e indicadores de ajuste individual y social en niños de 8-12 años. *Scielo*, 64-102.
- Zeigamik, B. (1981). *Psicopatología*. Madrid: AKAL.

Linkografía

AECC. (9 de Julio de 2014). *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2014, de Asociación Española Contra el Cáncer: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/elcancer/paginas/tiposdecancer.aspx>

Aibar, S., Celano, C., Chambi, M., & Estrada, S. (24 de Septiembre de 2011). *Instituto Nacional del Cáncer*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de Instituto Nacional del Cáncer: http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf

Aguilar, M. A. (2014). Introducción a la psicología social. *Scielo* 1(1), 1870-2333. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332014000100008&lang=pt

American Cancer Society. (2009) “¿Cómo el hábito de fumar afecta su salud?”. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/queesloquecausaelcancer/tabacoycancer/fragmentado/las-mujeres-y-el-fumar-health-effects>

Aragón, P, (2010). “*Psicología Social*”. Recuperado de <http://iesjmbza.educa.aragon.es/Documentos/Distancia/Minimos%20tema%2010.pdf>

Arteaga, R & Sánchez, H. (2007). “Conceptos básicos de Sociología y Antropología. Herramientas con las que pensar”. Recuperado de <http://mit.ocw.universia.net/21A-218JIdentity-and-DifferenceFall2002/NR/rdonlyres/Anthropology/21A-218JIdentity-and->

DifferenceFall2002/481506F2-1FE7-4FA9-9D1C-28DCE70FA8F3/0/basicconcepts.pdf

Baena, A., Sandoval, M., Urbina, N, Juárez, S. & Villaseñor. (2005) “*Trastornos del estado de ánimo*”. 6 (11), 1067-6079. Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf

Barra, E (1998) *Psicología Social*. Recuperado de: http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Psicologia_Social.pdf

Beck, A. (2011, 29, Junio). *Psicoterapia de grupo cognitiva-conductual*. [web log post]. Recuperado de: <http://lapsicologiaentusmanos.blogspot.com/2011/06/psicoterapia-de-grupo-cognitiva.html>

Benedito M., Carrió M., Del Valle G. & Gonzáles. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Scielo* (10) 92. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000400009&script=sci_arttext

Bobes, J., Gonzáles, M., Bascarán, M., Corominas, A., Adan, A., Sánchez, J., Such P. (1999). *Escala de Adaptación Social (SASS)*. Recuperado de: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1999/1999_Bo

Bostwick, D. (17 de Agosto de 2013). *American Cancer Society*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2014, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002319-pdf.pdf>

Caicoya M., & Mirón J. (2003) “*Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles*”. *Scielo*. 17(3), 226-30. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv17n3/breve1.pdf>

Centros para el control y la prevención de enfermedades. CDC. (2015, 13 de Enero). “*El tabaquismo y el cáncer*”. [web log post] .Recuperado de: <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-cancer.html>

Durán, M., Lara, M. (2008). *Teorías de la Psicología Social*. Recuperado de: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos hispanoamericanos psicologia/volumen1 numero2/articulo_2.p](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen1_numero2/articulo_2.p)

Eigamik, B. (1981). *Psicopatología*. Madrid: AKAL. Recuperado de: <http://www.iberlibro.com/Psicopatolog%C3%ADa-B.V-Zeigarnik-Akal-Madrid/3007562741/bd>

Ferre, F. (2007). *Guía de ayuda a pacientes y familiares-afrontar la depresión*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Afrontarladepresion.pdf>

Hamilton, M. (1960). *Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Hamilton)*. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Ap>

INC. (9 de Febrero de 2014). *What Is Cancer?* Recuperado el 17 de Diciembre de 2014, de *What Is Cancer?:* <http://www.cancer.gov/cancertopics/what-is-cancer>

López A., Lizano M., (2006). “*Cáncer Cervicouterino y el Virus del Papiloma Humano*”. *Pubmed*. 31 (55), 14-56. Recuperado de:

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/172193073.pdf>

Mainieri, R. (2007). El modelo de terapia cognitiva conductual. Recuperado de: url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjAy7_lzuPKAhWGpB4KHfgCNEQFggjMAE&url=http%3A%2F%2Fcoactivapanama.bravehost.com%2Fmodelo_tcc.pdf&usg=AFQjCNG4qRBcwa3cHYwW9nfQU0VXstB5Ig&bvm=bv.113370389,d.dmo

Moreno, C. (1999). Cuestiones sobre adaptación social: Desarrollo y aprendizaje. Recuperado de: https://es.wikibooks.org/wiki/Cuestiones_sobre_adaptaci%C3%B3n_social:_Desarrollo_y_aprendizaje

OMS. (17 de Marzo de 2009). *Línea y Salud*. Recuperado el 4 de Enero de 2015, de [Línea y Salud: http://www.lineaysalud.com/enfermedades/585-cancer-datos-y-cifras.html](http://www.lineaysalud.com/enfermedades/585-cancer-datos-y-cifras.html)

Robalino, M. (14 de Marzo de 2013). *El Comercio*. Recuperado el 18 de Octubre de 2014, de El Comercio: <http://www.elcomercio.com.ec/tendencias/10-pacientes-diagnosticado-depresion.html>

Salinas, A. (19 de Mayo de 2013). *Altonivel.com*. Recuperado el 23 de Octubre de 2014, de: [Altonivel.com: http://www.altonivel.com.mx/11894-los-10-paises-con-mayor-depresion-en-el-mundo.html](http://www.altonivel.com.mx/11894-los-10-paises-con-mayor-depresion-en-el-mundo.html)

Siegel, R., Cokkinides, V., Jemal, A., & Elizabeth, W. (22 de Enero de 2009). *American Cancer Society*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2014, de American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027826.pdf>

Valencia, C. (23 de Noviembre de 2013). *Noticias sin fronteras*. Recuperado el 27 de Octubre de 2014, de Noticias sin fronteras: <https://www.google.com.ec/search?q=determinar+la+carga+de+salud+p%C3>

Vivas M., Gallego D., & Gonzáles B. (2007). *Educación de las emociones*. Recuperado de: http://www.escoltesiguies.cat/files/u21417/libro_educar_emociones.pdf

Llacuna, M., & Pujol, L. (2004). *La conducta asertiva como habilidad social*. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/>

Vivas, P., Rojas, J., & Torras, E. (2009). *Dinámicas de Grupos*. Recuperado de: http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/DINA_MICA-DE-GRUPOS.pdf

Walker, J., Holm, C., Paul, M., Stefan, S., Ravi, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). “Prevalencia, asociaciones, y la adecuación del tratamiento de la depresión mayor en pacientes con cáncer: un análisis transversal de los datos clínicos recogidos rutinariamente”. *The Lancet Psychiatry*. 1 (5), 343–350. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70313-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70313-X)

Zubieta, E., Sosa F., & Beramendi (2011). “Adaptación Cultural, actitudes hacia el multiculturalismo y ansiedad intergrupala en población militar”. Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N102-4.pdf>

Citas Bibliográficas Base De Datos Uta

EBRARY:

- Amar, A., & Lanos, R. (2004). *Ebrary*. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10458048&p00=desarrollo+socia>
- Rosales, J., Caparrós, F., & Molina, R. (2013). *Ebrary*. Obtenido de <http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10732574&p00=habilidades+sociales>

INFORMAWORLD:

- Lestussi, A. (2012). *Informaworld*. Obtenido de <http://search.proquest.com/prisma/docview/1353494887/7956B647E6CE424DPQ/3?accountid=36765>

EBSCO:

- Duarte, F., Rico, M., Gonzáles E. & Rossette, B. (2016). Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres con hijos en tratamiento psiquiátrico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 54(1), 58-63. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=15bfd70e-8585-4dcf-9310-22dc16a7f86f%40sessionmgr198&vid=1&hid=125>
- Lozano, L., Segura, I., Pedrosa, I., Suárez, J., & García, E. (2016). Adaptación del Inventario de la Triada Cognitiva Infantil en población española. *Canales de Psicología*, 32(1), 158-166. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=268370a1-60da-4bb5-928e-46443adcb8d3%40sessionmgr110&vid=1&hid=125>

Anexos



ESCALA HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

ESCALA HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN										
Nombre.....						Edad.....				
Fecha actual.....										
0-4	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Severo 3	Muy severo 4					
0-2	Ausente 0	Leve 1	Claramente presente 2							
						0	1	2	3	4
1)	Estado de ánimo deprimido				(0-4)					
2)	Sentimientos de culpa				(0-4)					
3)	Impulsividad suicida				(0-4)					
4)	Insomnio precoz				(0-2)					
5)	Insomnio intermedio				(0-2)					
6)	Insomnio tardío				(0-2)					
7)	Trabajo y actividades				(0-4)					
8)	Inhibición psicomotora.				(0-4)					
9)	Agitación				(0-2)					
10)	Ansiedad psíquica.				(0-4)					

11)	Ansiedad somática	(0-4)					
12)	Síntomas somáticas: gastrointestinales	(0-2)					
13)	Síntomas somáticos: generales.	(0-2)					
14)	Síntomas genitales.	(0-2)					
15)	Hipocondría	(0-4)					
16)	Pérdida de peso	(0-2)					
17)	Introspección	(0-2)					
18)	Variación diurna.	(0-2)					
19)	Despersonalización y des realización	(0-4)					
20)	Síntomas paranoicos	(0-4)					
21)	Síntomas obsesivo-compulsivo	(0-4)					
	Puntuación total: 0-7 sin depresión 8-15: depresión menor 16 o más depresión mayor	Puntaje:					



ANEXO II

Escala Autoaplicada de Adaptación Social

Autores: M. Bosc, A. Dubini, V. Polin.

Nombre..... Edad:

Por favor, responda a estas sencillas preguntas, teniendo en cuenta su opinión en este momento. Responda, por favor, a todas las preguntas, marcando una sola respuesta para cada pregunta. Muchas gracias.

¿Tiene usted un trabajo u ocupación remunerada? SÍ _ NO _

Si la respuesta es «sí»:

¿En qué medida le interesa su trabajo?

<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
--------------------------------	--	----------------------------------	---

Si la respuesta es «no»:

1. ¿En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?

<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
--------------------------------	--	----------------------------------	---

2. ¿Cuándo participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):

<input type="checkbox"/> Disfruta mucho	<input type="checkbox"/> Disfruta bastante	<input type="checkbox"/> Disfruta tan sólo un poco	<input type="checkbox"/> No disfruta en absoluto
---	--	--	--

3. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?

<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
--------------------------------	--	----------------------------------	---

4. La calidad de su tiempo libre es:

<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Insatisfactoria
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

5. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia (cónyuge, hijos, padre, etc.)?

<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/> Frecuente mente	<input type="checkbox"/> Raras veces	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---	---	--------------------------------

6. En su familia, las relaciones son:

<input type="checkbox"/> Muy buenas	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Insatisfactorias
-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

7. Aparte de su familia, se relaciona usted con:

<input type="checkbox"/> Muchas personas	<input type="checkbox"/> Algunas personas	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---	----------------------------------	--------------------------------

8. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros?

<input type="checkbox"/> muy activamente	<input type="checkbox"/> Activam ente	<input type="checkbox"/> De forma moderadamente activa	<input type="checkbox"/> De ninguna forma activa
---	--	---	---

9. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?

<input type="checkbox"/> Muy buenas	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Aceptables	<input type="checkbox"/> Insatisfactorias
-------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---

10. ¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?

___ Gran valor	___ Bastante valor	___ Poco valor	___ Ningún valor
----------------	--------------------	----------------	------------------

11. ¿, Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?

___ muy a menudo	___ A menudo	___ A veces	___ Nunca
------------------	--------------	-------------	-----------

12. ¿Respeto usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?

___ Siempre	___ La mayor parte del tiempo	___ Raras veces	___ Nunca
-------------	-------------------------------	-----------------	-----------

13. ¿En qué medida está usted involucrado en la vida de la comunidad (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?

___ Plenamente	___ Moderadamente	___ Ligeramente	___ Nada en absoluto
----------------	-------------------	-----------------	----------------------

14. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?

___ Mucho	___ Moderadamente	___ No mucho	___ Nada en absoluto
-----------	-------------------	--------------	----------------------

15. ¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?

___ Mucho	___ Moderadamente	___ Tan sólo ligeramente	___ Nada en absoluto
-----------	-------------------	-----------------------------	-------------------------

16. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?

___ Siempre	___ A menudo	___ A veces	___ Nunca
-------------	--------------	-------------	-----------

17. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?

___ Siempre	___ A menudo	___ A veces	___ Nunca
-------------	--------------	-------------	-----------

18. ¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?

___ Muy importante	___ Moderadamente importante	___ No muy importante	___ Nada en absoluto
--------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------

19. ¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?

___ Siempre	___ A menudo	___ A veces	___ Nunca
-------------	--------------	-------------	-----------

20. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?

___ En gran medida	___ Moderadamente	___ Un poco	___ Nada en absoluto
--------------------	-------------------	-------------	----------------------

Puntuación total:
