

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



**APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON UNA  
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL CASE ESSALUD DE AREQUIPA**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**Alvarado Menautt, Mayra Adriana**

**Bustamante Bustamante, Fiorella Alejandra**

Para optar el Título Profesional de

**Licenciada en Psicología.**

**Asesor:** Mg. Puma Huacac, Roger Freddy

**AREQUIPA-PERÚ**

**2018**



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO



EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

**"APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL CASE  
ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE AREQUIPA"**.

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR las BACHILLER (ES)

ALVARADO MANAUTT MAYRA ADRIANA  
BUSTAMANTE BUSTAMANTE ALEJANDRA

Del Dictamen:

Favorable, pasa a la siguiente  
ETAPA.

Observaciones:

Arequipa, 24 de Abril del 2018

Mgter. Flor Vilches Velásquez

Mgter. Roger Puma Huacac

## AGRADECIMIENTOS

*Gracias a dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día con mi familia.*

*A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de los logros se los debo a ustedes, en los que incluyo este. Me formaron con reglas y ciertas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron con constancia para alcanzar mis anhelos, por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra que es la vida y lo justa que puede llegar a ser; gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis*

*No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero doy gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes*

*A mi compañera y amiga de esta tesis por la confianza puesta en mi persona para realizar este proyecto de investigación, confiar en mis conocimientos y capacidades para culminar con éxito nuestra meta en común*

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, a nuestro asesor de tesis, Dr. Roger Puma, mi más amplio agradecimiento por haber confiado en nosotras, por su paciencia y valiosa dirección, por el apoyo para seguir este camino y así poder culminar nuestro proyecto de investigación, cuya experiencia y educación fueron mi fuente de motivación para culminar con esta etapa.*

*A la Dra. Flor Vílchez, un especial agradecimiento por sus consejos, por su paciencia y por su gran sabiduría que me brindo durante todo el tiempo que nos tomó finalizar nuestro proyecto de investigación.*

*Todo esto no hubiera sido posible sin el amparo que me otorgaron y el cariño de mis padres, que, de forma incondicional entendieron los atrasos que se me presentaron y mis malos momentos. Porque siempre estuvieron a mi lado guiándome con paciencia y amor, las palabras nunca serán suficientes para testimoniar mis aprecio y agradecimientos hacia ustedes.*

*No puedo olvidar en mis agradecimientos a mi amiga y compañera Mayra, por ser un gran ejemplo de lealtad y solidaridad y por haber depositado en mí su confianza para lograr este proyecto juntas.*

*A todos ustedes, mi mayor agradecimiento y gratitud*

## DEDICATORIA

A:

*Mis padres, a quienes jamás encontrare la forma de agradecerles su apoyo, comprensión y motivación, pues sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para educarme y guiarme hasta llegar a la realización de dos de mis más grandes metas en la vida, la culminación de mi carrera profesional y el hacerlos sentirse orgullosos de esta persona que tanto los ama. Gracias por ayudarme a cruzar con firmeza el camino de la superación haciendo de este triunfo más suyo que mío. Para ustedes estas líneas de dedicatoria con amor y respeto infinito.*

*A mi familia, a las personas que están en el cielo que siempre guían mi camino, gracias por confiar en mí y considerarme ejemplo de superación.*

*A mis amigos, quiero dejarles la legacia de seguir avanzando sin detenerse aun en contra de las dificultades que siempre están presentes, y quiero que el logro de este triunfo les sirva como ejemplo de lo que la voluntad, la responsabilidad, el esfuerzo y el sacrificio son capaces de lograr.*

**¡GRACIAS A TODOS!**

## DEDICATORIA

A:

*Dios, por haber estado conmigo en este largo camino, por iluminar mi mente y sobretodo todo por haberme mandado una gran bendición en el momento exacto siendo así mi soporte durante todo el periodo de estudio.*

*Mi madre Alina, por haberme inculcado desde pequeña con cariño y paciencia los valores para ser una persona de bien, por ser mi mayor ejemplo de lucha constante, por haber creído en mí en todo momento y por haberme brindado su apoyo incondicional en cada decisión que tome.*

*Gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.*

*Mi padre Luis, por ser el pilar de nuestra familia y habernos acompañado durante muchos años llevando a cabo el rol de padre con mucho cariño y amor hacia nosotras, por él aprendí a ver el lado positivo de cada situación que se nos presenta y sobrellevarla de la mejor manera con una sonrisa de por medio.*

*Mi hermana Andrea, por ser una persona tan fuerte y demostrarme con su valentía que los malos tiempos pasan y luego “sale el sol”, por ser una persona llena de vida e ilusiones y sobre todo por enseñarme que la frase “el cielo es el límite” es totalmente cierta.*

*Mi esposo Paolo, por la paciencia y apoyo incondicional en todo este proceso, por haberme brindado la tranquilidad necesaria para culminar con esta etapa de mi vida, por cada palabra de aliento llena de amor y ternura; y por haberme dado lo más valioso que tengo ahora: mi familia.*

*Mi hija adorada Amalia, por ser mi mayor soporte en cada situación difícil que se nos presentó, por ser mi motivo principal de superación y lucha constante, por ser ella quien me motiva a ser una guerrera y despertar cada día con nuevos sueños y la fuerza necesaria para alcanzar nuestras metas, por ser quien me inspira a ser una mejor persona para que así pueda seguir mi ejemplo y algún día sea mejor que yo, tanto en el aspecto académico como personal, por ser lo más grandioso que me paso en la vida y sobre todo, por ser mi mayor bendición.*

*Todos aquellos familiares que me brindaron su apoyo para la elaboración de esta tesis.*

## Índice

Agradecimientos

Dedicatorias

Índice

Resumen

Abstract

### **CAPÍTULO I: Marco Teórico**

Introducción.....	1
Problema o investigación.....	4
Variables.....	4
Objetivos.....	5
Antecedentes Teóricos Investigativos.....	6
Apoyo Social.....	6
Depresión.....	10
Indicadores de la depresión.....	11
Enfoque Cognitivo de la depresión.....	12
Cáncer.....	23
Cáncer, relación soma – psiquis.....	24

Variables psicosociales y su influencia.....	26
Hipótesis .....	34
<b>CAPÍTULO II</b>	
Diseño Metodológico .....	35
Tipo de Investigación.....	35
Técnicas e instrumentos.....	35
Instrumentos.....	36
Población y muestra.....	42
Estrategias en la recolección de datos.....	44
Criterios de procesamiento de la información .....	45
<b>CAPÍTULO III</b>	
Resultados.....	46
Discusión .....	57
Conclusiones.....	62
Sugerencias .....	63
Limitaciones.....	64
Referencias.....	65
Anexos .....	68
Anexo N° 1 .....	69
Anexo N° 2 .....	71

## RESUMEN

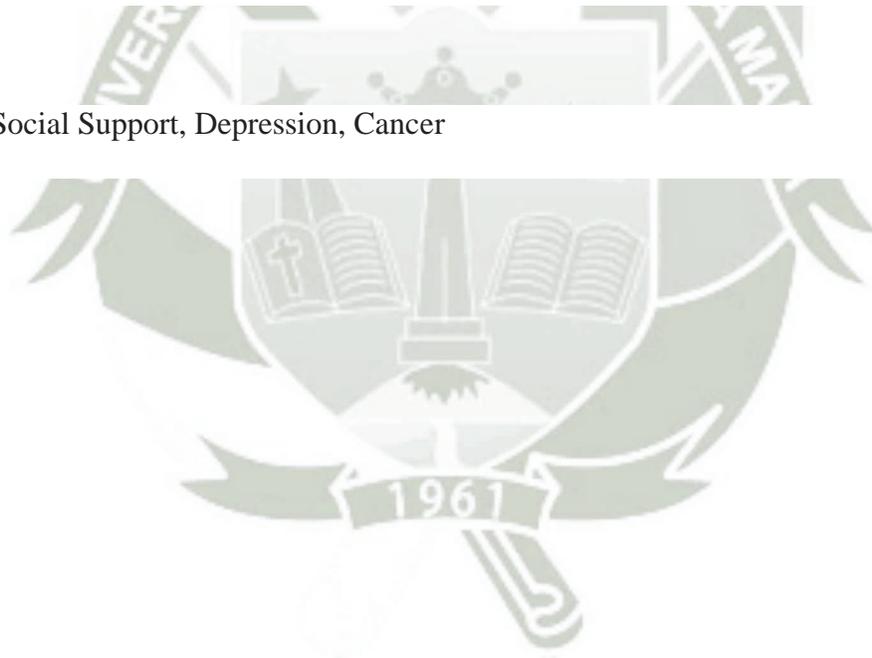
Esta investigación tuvo por objetivo determinar la relación existente entre las variables del Apoyo Social y los niveles de Depresión en pacientes hospitalizados que se encuentran en tratamiento médico clínico quirúrgico del servicio de oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa. Para la consecución de los resultados se aplicaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss y el inventario de depresión de Beck. Los resultados más significativos a los que se llegaron, fue el de encontrar un 71.6% con bajo apoyo social, 64.5% con depresión leve, 25.3% depresión moderada y 4.4% depresión severa llegando a encontrar una relación significativa entre la baja percepción de apoyo social y niveles depresión en los pacientes evaluados.

**Palabras Claves:** Apoyo Social, Depresión, Cáncer

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the variables of Social Support and the levels of depression in hospitalized patients who are in clinical surgical medical treatment of the oncology service of the Carlos Alberto Seguí Escobedo National Hospital of the Arequipa Health Network. In order to achieve the results, the following instruments were applied: the Moss Perceived Social Support questionnaire and the Beck depression inventory. The most significant results that were reached, was finding 71.6% with low social support, 64.5% with mild depression, 25.3% moderate depression and 4.4% severe depression reaching a significant relationship between the low perception of social support and depression levels in the patients evaluated.

**Key Words:** Social Support, Depression, Cancer



## Capítulo I

### Marco Teórico

#### Introducción

Se considera el cáncer como una enfermedad terminal y estigmatizante por las consecuencias que acarrea el padecer esta enfermedad, la misma que genera estados emocionales disfuncionales tales como la ansiedad, depresión y otros que influyen en la calidad de vida, esperanza de vida, bienestar psicológico y el proceso de tratamiento, además de comprometer la dinámica familiar generando dificultades emocionales, laborales, económicas entre otras.

En la actualidad, en el mundo, las enfermedades oncológicas se consideran como un problema de salud pública, por sus implicancias y la que estas generan como así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos de 1968 – 1970 y 2004 – 2005. (INEN 2016)

Aquí en nuestra ciudad los casos de cáncer se incrementan en 15% al año, tal es así que el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN Sur atiende a pacientes de la ciudad de Arequipa y del sur del país.

Nuestro contexto no es ajeno a esta enfermedad, en nuestra ciudad, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN – SUR, en el 2014 se atendieron a 3 mil personas, de las

cuales el 70% llegaron con la enfermedad avanzada. De este porcentaje solo el 30% llegaron a recuperarse de la enfermedad y el restante fallece, porque no detectarse a tiempo. INEN (2016).

Las enfermedades oncológicas más frecuentes en la región son al cuello uterino, mama, próstata, seguido de cáncer de piel, estómago y otros.

Varias situaciones pueden desencadenar una respuesta de estrés que no son benéficas a la salud y a su vez, tal respuesta estará modulada por infinidad de variables tanto situacionales como personales.

Estas situaciones además de generar respuestas de estrés que inciden en el proceso y curso de la enfermedad traen como consecuencia la afectación a uno o varios sistemas de nuestro organismo, donde varias investigaciones identificaron los nexos entre el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunitario.

Por otra parte, se establece también la existencia fundamental de la determinación de los posibles vínculos que pudieran existir entre esta enfermedad y la presencia en forma considerable de factores de índole psicológico, conllevando a que éstos pudieran tener variaciones en el sistema nervioso y que también por esta vía derivar en conexiones directas con el sistema endocrino e inmunitario. (Remor, Arranz y Ulla, 2003)

Nosotras consideramos que el aumento de las tasas relacionadas a las enfermedades oncológicas, los factores psicosociales y emocionales que se dan durante el curso de estas enfermedades, juegan un papel determinante en el manejo adecuado de estas enfermedades.

El cáncer, enfermedad neoplásica, se presenta en las personas como una situación muy estresante, relacionada directamente con la salud y percibida como una amenaza a la vida, donde

los estados emocionales juegan un papel determinante en el curso y tratamiento de la enfermedad, así como en el pronóstico y esperanza de vida.

Durante años el cáncer ha sido considerado como una enfermedad catastrófica, donde se le atribuyen creencias personales relacionadas al sufrimiento, dolor y muerte que conllevan a una percepción errónea sobre el curso natural del padecimiento.

La falta de conocimiento sobre el recorrido o evolución de la misma, es fundamental, no sólo desde el punto de vista biológico, sino también desde el punto de vista subjetivo; si los pacientes no son correctamente orientados, sufrirán sin justificación en años posteriores del temor a morir por una terrible enfermedad, constituyéndose de esta forma en una situación de elevado potencial estresante, unida a las características de su personalidad, estado emocional dominante como la depresión y la falta de soportes emocionales, hacen que el pronóstico se vea desfavorable en el curso de esta enfermedad.

Esta razón hace que se dé el interés por el estudio de su incidencia y los factores psicosociales relacionados con las mismas para su mejor abordaje y mejorar la calidad de vida de estos pacientes al final de sus vidas.

## **Problemas o Interrogantes**

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y los niveles de depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica hospitalizadas del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa?

## **Variables**

### **Variable 1: Apoyo Social**

“Recursos sociales accesibles y/o disponibles a esa persona, encontrados en el contexto de relaciones interpersonales y sociales, que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de las personas implicadas en el proceso”. (Roca y Perez, 1999). Presenta niveles: alto, moderado y bajo.

### **Variable 2: Depresión**

“Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una profunda tristeza, sentimientos de minusvalía y retraimiento de los otros”. Sue y Sue (2010). Presenta niveles: severa, moderada y leve.

## **Objetivo General**

Establecer la relación entre la percepción de apoyo social y los niveles de depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE - EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.

## **Objetivos específicos**

- Identificar los niveles de Apoyo Social en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE - EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.
- Precisar los niveles Apoyo social en relación al género, edad y ocupación en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE - EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.
- Determinar los niveles de Depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE - EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.

- Especificar los niveles de Depresión en relación al género, edad y ocupación en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE - EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.

### **Antecedentes Teóricos – Investigativos**

#### **Apoyo social**

El apoyo social, llamado también soporte emocional, se le considera como un constructo que se manifiesta como un amortiguante que se da frente a situaciones generadoras de estrés y como una forma de afrontar eventos valorados como amenazantes o dañinos.

Tenemos conceptualizaciones del apoyo social como el de Morrison y Bennett, que nos dicen que el Apoyo Social o Soporte Emocional es un recurso que tiene una fuerza emocional disponible para la mayoría de nosotros, pero sin embargo no es para todos, que se ha demostrado que tiene una fuerte relación con los resultados de la salud y de la enfermedad. Además nos refieren que existe evidencia empírica de que los individuos que tienen fuertes redes de apoyo social (tanto en términos de tamaño como de utilización) son más sanos y viven más tiempo disfrutando de la vida plenamente de los que se encuentran aislados socialmente. (Morrison y Bennett, 2008)

Este constructo puede percibirse como real o brindado. Morrison y Bennett (2008) nos afirman que los individuos que tienen apoyo social creen que son personas queridas y atendidas, estimadas y valoradas, que forman parte de una red social de comunicación y obligación mutua, como la que se suele compartir con la familia, los amigos o los miembros de una organización social. La red social posibilita la disposición de bienes y servicios, como la defensa mutua en momentos de necesidad o peligro. (Cobb 1976, citado por Morrison y Bennett, 2008).

Estos autores, Morrison y Bennett (2008) nos dicen que los factores que se atribuyen a la personalidad de un individuo, sus creencias sobre su capacidad de control, sus emociones y su disponibilidad de apoyo social pueden afectar a las respuestas al estrés y a los resultados. Nos dicen que también estas variables se pueden estudiar en función de las relaciones directas que tienen con los resultados del estrés, o como variables que hay que tener en cuenta cuando analizan otros factores de predicción.

Señalando otros conceptos, como la de Rodríguez (1995), que nos refiere que el apoyo social se puede definirse en forma general como la que nos provisiona diferentes tipos particulares de vínculos interpersonales. Sin embargo, como ya se ha dicho existe gran cantidad de definiciones relacionadas al apoyo social. Algunas de ellas se centran en aspectos específicos del apoyo como la ayuda material, intercambio de información, satisfacción de necesidades sociales básicas, entre otras. En otras situaciones el apoyo social se define de forma descriptiva la que alude a la ayuda, información o valoración que recibimos cuando se da una interacción formal o informal con individuos y/o grupos donde también se introducen aspectos emocionales, entendiéndose como el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona una ayuda real o el sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido/da.

Revisando este concepto, el apoyo social se define primeramente y objetivamente, en un sentido amplio como “ayuda en el afrontamiento de los problemas”, es decir ,como la que nos provisiona de dirección cognitiva y el apoyo instrumental que se nos brinda a través de la familia, parientes, amigos o colegas, así como ayuda para la satisfacción de necesidades de socialización y actividades con otras personas ( por ejemplo compañerismo emocional o compañerismo social ), estas interrelaciones nos generan un sentimiento de pertenencia a un grupo, y de ser aceptado, estimado, y valorado por uno mismo, y no por lo que uno pueda hacer por los demás. (Rodríguez, 1995)

Tenemos un concepto más generalizado e integrado como el de Roca y Pérez (1999) que nos afirma que el apoyo social se da como “los recursos sociales accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales, y que pueden influir tanto de forma positiva y negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Sus características distintivas radican en su característica interactiva, dinámica y extensible a lo largo de la dimensión temporal”.

También estos autores, Roca y Pérez (1999) nos refieren que el concepto de apoyo social y su operacionalización se pueden organizar en tres categorías amplias:

a) Redes Sociales, la entienden como el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad, lo que constituye lo contrario de aislamiento.

b) Apoyo Social Percibido: Se la considera como la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quienes le proveen determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, los mismos que estarían proporcionando seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes.

c) Apoyo Social Efectivo: que está referido a las acciones que se muestran como soporte de las mismas, a la ayuda efectiva y a las acciones que reciben de los otros en momentos de necesidad.

Además también se hacen énfasis en los grupos sociales, donde se afirma que cada grupo social brinda a sus miembros una gran variedad de redes, cada cual con funciones específicas de ayuda social. Entre las redes de apoyo social tenemos claramente definidas y con características propias las siguientes:

a) Las formales: que se refieren a los servicios profesionales fomentadas directa o indirectamente por el estado. Esta red se caracteriza porque operan bajo un sistema de categorías para la evaluación de ayuda, presentando normas formales sobre los planteamientos de ayuda, hay un trato establecido independientemente de las características de los sujetos: entre estas redes tenemos: escuelas, establecimientos de salud privados y estatales, etc.

b) Informales: Nos hacen referencia a las fuentes de contacto y la asistencia que brindan la familia, parientes, amigos, vecinos entre otros. Se incluyen en este tipo de redes la actividad de ayuda mutua que se dan dentro de un grupo espontáneo y no organizado.

Consideramos también lo que otros autores nos aportan considerando otros tipos de apoyo social como:

Apoyo social emocional: la que nos provee estima, afecto, seguridad, confianza y atención.

Apoyo Social Valorativo: el cual provee afirmación, retroalimentación y cooperación social.

Apoyo Informacional: que provee asesoramiento, inspiración, dirección e información.

Apoyo Instrumental: que brinda ayuda en especies como el dinero, trabajo, tiempo o modificaciones ambientales. (Peña, 1997)

## **Depresión**

Se la considera como un estado emocional y que por las estadísticas presentadas podemos afirmar que en algún momento de nuestras vidas podremos presentar un estado de ánimo disminuido, desgano y desinterés por nuestras actividades, estos estados son compatibles con rasgos de una depresión.

Espada nos hace referencia a datos estadísticos de la incidencia y prevalencia de este estado emocional, tanto el estado de ánimo bajo como lo que se entiende por depresión son extraordinariamente comunes. De las revisiones efectuadas de estudios epidemiológicos en población general se concluye que, en términos de prevalencia de seis o doce meses, aproximadamente un 6.5 por 100 de la población presenta un trastorno depresivo mayor y un 3.3 por 100 presenta un cuadro de distimia. Otro dato de interés en la clínica que nos aportan está referida a la duración de los episodios que se dan de cuatro a cinco meses, lo que sugiere la necesidad de emplear medidas de seguimiento continuadas a través de la monitorización constante. (Espada y Rodríguez, 2010)

Respecto a la etiología Ramírez nos refiere que “existen muchos factores diferentes que pueden desencadenar la depresión y la manía en las personas que tienen un trastorno bipolar, pero que muchas veces pueden aparecer sin ninguna razón específica en absoluto. En cualquier caso una vez que se ha iniciado un episodio, nuestra propia reacción puede hacer que los síntomas mejoren o empeoren. La razón es la siguiente: la depresión y la manía generarán cambios en nuestros procesos de pensamiento y en nuestras emociones”. (Ramírez, 2008).

Otros autores como Sue nos refieren que los trastornos del estado de ánimo se dan como perturbaciones en las emociones y que por consiguiente causan un malestar subjetivo, dificultando la capacidad de las personas para funcionar, o ambos. Además agrega que la

depresión unipolar, se constituye como la existencia solamente de depresión caracterizada por una profunda tristeza, sentimientos de inutilidad y minusvalía, y retraimiento de los otros. Así mismo, el trastorno bipolar, se va a distinguir por la presencia de la manía, que es una condición de ánimo elevado, expansividad o irritabilidad, que con frecuencia termina en hiperactividad. Usualmente se acompaña por depresión. La depresión y la manía son los dos extremos en el estado de ánimo o afecto, y pueden considerarse los finales opuestos de un continuo que se extiende desde la tristeza profunda hasta la euforia salvaje. (Sue y Sue, S. 2010)

### **Indicadores de una depresión**

Tenemos que considerar que todas las personas que atraviesan alguna fase depresiva o maniaca, no tendrían que padecer toda la sintomatología presentada.

La gravedad de los indicadores varía según la persona, pero también puede variar en el tiempo. (MINSa, 2005)

### **Sintomatología:**

1. Estado de ánimo triste o sensación de tensión.
2. Sentimiento de desesperanza y pesimismo.
3. Sentimiento de culpa, inutilidad y desamparo.
4. Pérdida del interés o placer en entretenimientos y actividades que antes se disfrutaba, incluyendo la actividad sexual.
5. Disminución de energía, fatiga, sensación de agotamiento o de actuar con lentitud.
6. Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
7. Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.

8. Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumentar de peso.
9. Pensamientos de muerte o ideas de querer morir.
10. Intentos de suicidio.
11. Inquietud, irritabilidad.
12. Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento de salud, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.( MINSA, 2005)

### **Enfoque Cognitivo de la Depresión**

En esta parte relacionada a la depresión, hacemos referencia a la Terapia Cognitiva, la misma que fue formulada y creada por Aarón Beck que se dio a principios de los años 60, como lo refiere Ruíz su actividad profesional ha estado ligada desde sus comienzos al ámbito clínico y al académico. La influencia de estos dos ámbitos se ve reflejada en el hecho de que la Terapia Cognitiva desde sus inicios lleve aparejado un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales así como indicaciones claras de cómo conducir el proceso terapéutico. (Ruiz et al. 2012).

Así mismo vemos que se hace un crítica al psicoanálisis cuando Beck (citado por Ruiz et al. 2012), diseñó varios estudios encaminados a contrastar hipótesis sobre principios básicos psicoanalíticos relacionados con la depresión, como la hipótesis freudiana de que lo que subyace a la depresión es un sentimiento de hostilidad dirigida hacia uno mismo, expresada en términos de necesidad de sufrimiento. Los resultados de sus investigaciones no apoyaron la hipótesis de la necesidad de sufrimiento de los pacientes, sino que más bien revelaban que tendían a evitar conductas susceptibles de provocar desaprobación social y a manifestar las que les reportaban

aceptación en mayor medida que las personas no deprimidas (Beck 1963, Citado por Ruiz et al. 2012). Beck concluyó que los deprimidos no buscan el fracaso sino que distorsionan la realidad adoptando puntos de vista negativos sobre sí mismos o su potencial para alcanzar bienestar o felicidad. Las observaciones desde su práctica como psicoanalista y su propia autoobservación le fueron proporcionando información en la misma dirección: la importancia de los pensamientos en el desarrollo y mantenimiento del malestar emocional.

Además vemos que en trabajos investigativos previos a la formulación de la teoría cognitiva, Beck (Citado por Ruiz et al. 2012) observó que los pacientes, además de los pensamientos expresados en las sesiones de asociación libre, mantenían de manera encubierta y sin tener conciencia de la existencia de otra cadena de pensamientos que les llevaban a emociones de malestar. No solían ser conscientes de ellos hasta que no se les preguntaba, y sin embargo, expresándolos de forma voluntaria, les parecían inmediatos y plausibles. Podían considerarse como comentarios rápidos o imágenes relacionados con la experiencia personal. Aquí es cuando Beck les dio la denominación de pensamientos automáticos y que estaban sesgados negativamente.

Para la conceptualización de esta teoría, se tuvo que en experiencia propia de Beck realizar autoobservaciones de sus propios pensamientos automáticos contribuyendo así también a la formulación de la Terapia Cognitiva. Weishaar (citado por Ruiz et al. 2012). Una experiencia como el que describe cuando ingreso al hospital por presentar una enfermedad, Beck desencadenó una depresión moderada, esto le permitió entender este problema y detectar los pensamientos automáticos que se le suscitaban, los sesgos negativos que cometía y las creencias más profundas que se le activaban. Sus pensamientos negativos giraban en torno a contenidos relacionados con: “no ser bueno en el trabajo” o “posible fracaso de su relación de pareja”. Tuvo también importantes problemas de ansiedad. Además de presentar fobia a la sangre, a las alturas,

a hablar en público, y su temor profundo al abandono, le sirvieron igualmente para experimentar, conocer y describir los procesos fisiológicos y cognitivos que acompañan a la ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985, citados por Ruiz et al. 2012).

### **Organización cognitiva**

Este modelo nos lleva a explicar el cómo están organizados nuestros pensamientos que conllevarán a respuestas emocionales y conductuales previamente antecedidas por los esquemas cognitivos.

### **Esquemas Cognitivos**

Se consideran a los esquemas cognitivos como entidades organizativas conceptuales complejas y que están compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (Safran, Vallis, Segal y Shaw, 1986, citados por Ruiz et al. 2012).

Los mismos refieren que contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. También vemos que los esquemas están organizados según sus funciones. Por ejemplo, los esquemas cognitivos tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los esquemas afectivos son responsables de la generalización de los sentimientos, los esquemas motivacionales se relacionan con los deseos, los esquemas instrumentales preparan para la acción y los esquemas de control están involucrados en la autoobservación y la inhibición de las acciones. (Ruiz et al. 2012).

Consideramos que existe una semejanza entre esquemas cognitivos y creencias nucleares, al respecto Ruiz nos manifiesta que en Terapia Cognitiva (TC) se utilizan con frecuencia

indistintamente los términos “esquema cognitivo” y “creencias nucleares”. Antecediendo a estos esquemas tenemos que afirmar categóricamente que las creencias nucleares se muestran como la parte más profunda de los esquemas, podríamos afirmar en forma figurativa como pensamientos madre, no solamente están conformados por un pensamiento nuclear, sino que también existen varias concepciones con distintos niveles de profundidad y especificidad. Las creencias nucleares son conceptos de uno mismo y de los mundos globales, categóricos, incondicionales y estables en el tiempo. Las creencias intermedias se constituyen como actitudes, reglas y supuestos que suelen poder formularse en términos proposicionales del tipo: “Si...entonces” y en cuyo desarrollo las creencias nucleares se manifiestan como influyentes y determinantes. Los supuestos y creencias pueden hacer referencia a conceptos más generales o más específicos. (Ruiz et al. 2012).

### **Procesos Cognitivos**

Otro aspecto importante en esta teoría están los referidos a los procesos cognitivos, como los refiere Snyder, son las reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada. Otro aporte de este autor está cuando señala que las personas al enfrentarse a una situación determinada relacionada a cualquier situación o contexto, no analizan la información disponible, sino que hace un recuento y atienden a indicios que ya están contenidos –o son congruentes– con la información de esquemas cognitivos preexistentes o de su experiencia. Estas operaciones son procesos automáticos que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente del individuo. Si bien la utilización de atajos o heurísticos contribuyen a una mayor economía y eficacia del sistema, también pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información. Los sesgos más frecuentes son los llamados por Snyder (citado por Ruiz et al.

2012). “sesgos confirmatorios”, que hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información consiente con las claves contenidas en alguno de sus esquemas previos. A los errores en el procesamiento o sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales, Beck (citado por Ruiz et al. 2012) los denomina “distorsiones cognitivas”.

### **Productos Cognitivos**

Y por último consideramos como parte del enfoque cognitivo lo relacionado a los pensamientos finales e inmediatos que se dan frente a una situación, Beck nos hace referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos son de fácil acceso a la conciencia, se muestran de manera rápida, corta e inmediata a cualquier situación anteponiéndose a los esquemas y procesos cognitivos. A estos productos cognitivos Beck (citado por Ruiz et al. 2012) denomina “pensamientos automáticos”.

### **La Tríada Cognitiva**

Respecto a la etiología de la depresión considerando como un factor alternativo a la biología del organismo, Caballo (2007), considera que las personas deprimidas no sólo procesan la información de maneras característicamente distorsionadas, sino que el contenido de sus pensamientos es también característicamente negativo y gira alrededor de determinados temas. Estos temas son pensamientos sobre uno mismo, el mundo o la experiencia, y el futuro.

Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas gravemente deprimidas estos pensamientos ya no son irrelevantes, apenas percibidos o

pensamientos fugaces, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991, citado por Caballo, 2007). Además, los individuos deprimidos no creen que tengan el derecho o la capacidad para responder a estos pensamientos negativos de una manera positiva o adaptativa. No se supone que los tres componentes de la tríada cognitiva (visión negativa de uno mismo, del mundo/la situación y del futuro) contribuyan por igual a la depresión de una persona (Freeman et al., 1990 citado por Caballo, 2007).

### **El Modelo Integrador**

Los componentes del enfoque cognitivo conllevan a formular un estilo explicativo como lo referido por Abramson donde nos refiere que los esquemas, pensamientos automáticos y las distorsiones se combinan para contribuir distal y proximalmente a la experiencia de la depresión por parte de la persona. Los esquemas, como procesos y estructuras distales, dan como resultado un estilo depresogénico de atribuciones negativas globales, internas y estables (Abramson et al., 1978, citado por Caballo, 2007).

Dicho estilo media el desarrollo de la depresión al crear una vulnerabilidad cognitiva que actúa conjuntamente con los acontecimientos negativos de la vida en un modelo diátesis-estrés. Además, los esquemas contribuyen, junto con los acontecimientos de la vida, al desarrollo del contenido cognitivo negativo a nivel de pensamientos automáticos. (Caballo, 2007).

Cuando revisamos los modelos de intervención psicológica a los distintos problemas emocionales entre ellos a la depresión, vemos que autores como Beck y Freeman (1990), nos plantean que la relación terapéutica con los pacientes con un TPE constituye un fértil terreno de comprobación para los esquemas, suposiciones y pensamientos disfuncionales. Abogan por una identificación de pensamientos automáticos de los sujetos durante las primeras fases de la entrevista, pensamientos que pueden sacarse a la luz cuando los pacientes manifiestan un cambio

de afecto, en medio de una discusión, o al final de la sesión. Una vez expresados, los pensamientos automáticos pueden evaluarse de distintas maneras. (Beck y Freeman, 1990)

Ellos nos proponen el empleo de los enfoques de terapia cognitiva habituales para los sujetos con un TPE, además de los métodos socráticos y las técnicas conductuales estándar. La representación e inversión de papeles para evocar pensamientos automáticos disfuncionales es también muy útil en este caso. Dado que en los pacientes con un TPE suele darse evitación emocional y cognitiva, se requiere que éstos se evalúen a sí mismos para que se den cuenta de que evitan situaciones en las que tienen pensamientos automáticos que producen disforia. El terapeuta y el paciente pueden evaluar conjuntamente estas cogniciones negativas y aumentar la tolerancia del paciente ante las emociones negativas. Para desensibilizar a éste, se puede construir una jerarquía que incluya ítems cada vez más perturbadores que se discutirán en la sesión.

Estos autores nos denotan la importancia del entrenamiento en habilidades sociales como un procedimiento necesario, con el fin de que tengan una mayor probabilidad de éxito en las situaciones sociales diseñadas para comprobar los pensamientos disfuncionales. Parte de la terapia se dedica también a identificar y comprobar los fundamentos cognitivos de sus patrones de evitación. Primero, el paciente aprende la base evolutiva de los esquemas negativos. Luego esos esquemas se ponen a prueba por medio de experimentos predictores, observación dirigida y representación de los primeros incidentes relacionados con los esquemas. Finalmente, los pacientes empiezan a darse cuenta y a recordar datos anti esquema sobre ellos mismos y sus experiencias sociales.

Beck y Freeman (1990) colocan como la última fase de la terapia la prevención de las recaídas, ya que estos pacientes pueden recaer fácilmente en la evitación. Por eso nos afirman que en esta última fase se emplean ejercicios conductuales y cognitivos. Entre los primeros se encuentran actividades como establecer nuevas amistades, profundizar en las amistades

existentes, intentar nuevas experiencias, etc. El terapeuta indica al paciente que la ansiedad que puede surgir en una situación social señala la reactivación de una actitud disfuncional que necesita de atención. La ansiedad podría constituir un estímulo para identificar los pensamientos automáticos que interfieren con la consecución de los objetivos. Y luego responder a estas cogniciones negativas de una forma racional. Se puede utilizar la hoja de Registro de Pensamientos Disfuncionales para anotar estas tareas. Antes de terminar la terapia, terapeuta y paciente tienen que desarrollar un plan para que éste continúe con la terapia por sí mismo una vez que la terapia formal haya terminado. (Beck y Freeman, 1990)

Cuando vemos la relación entre enfermedad y estado emocional Locke se formula la siguiente pregunta: ¿Es posible que la depresión tenga un efecto cancerígeno? Muchos de los que hacen investigación en PNI en el cáncer creen que sí. Algunas de las evidencias para esa tesis deriva de estudios pseudoprospectivos: investigación que efectúa el seguimiento de los casos de personas que presentan síntomas sugestivos de cáncer. Esos síntomas incluyen un bulto en el pecho, una mancha en el pulmón, una prueba de Papanicolau con resultado anormal. Antes de efectuar el diagnóstico y de que se haya confirmado la presencia de cáncer, los investigadores conversan con los pacientes y reúnen tanta información como sea posible sobre la personalidad y la historia psicológica, en un intento de predecir qué personas desarrollarán cáncer. La explicación para intentar esto es que nuestros estados mentales pueden tener influencia en la susceptibilidad del organismo; siendo así, puede determinarse la utilidad de predecir qué individuos tienen alto riesgo mediante indicadores psicológicos. (Locke, 2013).

Investigaciones realizadas en este tema y la relación existente entre emoción y enfermedad tenemos los realizados por Arthur Schmale y Howard Iker (citados por Locke, 2013), en la Universidad de Rochester. En sus hallazgos vieron que: el cáncer y otras

enfermedades aparecían después que las personas habían vivido situaciones de gran estrés, por ejemplo, la muerte del cónyuge, y que esas personas parecían derrumbarse ante ese estrés. Como sujetos eligieron un grupo de mujeres cuyas pruebas de Papanicolau (los tests estándar para el cáncer cervical) revelaron células que fueron descriptas como "sospechosas". Se les pidió que volvieran al hospital para que les efectuaran más pruebas. Sobre la base de los hallazgos psicológicos los investigadores esperaban predecir quiénes tendrían cáncer antes de que se efectuara el diagnóstico. La predicción fue que las mujeres a las que diagnosticarían cáncer serían las que respondieron que habían experimentado algún acontecimiento grave en la vida sin tener esperanzas. Schmale e Iker (citados por Locke, 2013), les hicieron una serie de tests psicológicos a cincuenta y una mujeres. Después de las pruebas, los médicos les pidieron a cada una que hablara durante una hora aproximadamente sobre sí misma. Los doctores estaban en busca de las expresiones de depresión y desesperanza definidas por Schmale como "sensación de frustración, desesperación o futilidad percibida como proveniente de una pérdida de la satisfacción de la que el individuo asume la responsabilidad total con el sentimiento de frustración que produce no haber sido capaz de lograr algo que se deseaba en la vida...". Basándose en las pruebas y las entrevistas, Schmale e Iker (citados por Locke, 2013), predijeron que dieciocho mujeres desarrollarían cáncer y treinta y tres, no. Las predicciones fueron notablemente precisas: de las dieciocho presuntas pacientes de cáncer, once lo fueron. De las treinta y tres, veinticinco quedaron libres de cáncer. Los hallazgos se fundamentaron solamente en el grado de desesperanza que denotaba la mujer frente al estrés, no a la intensidad del estrés que había vivido. (Locke, S. 2013)

Otros estudios longitudinales realizados por Schmale (citado por Locke, 2013), donde se observa que una mujer toleraba a un marido infiel "por los chicos", otra "porque me necesita".

Una de las pacientes sin cáncer se encontró en la misma situación con su novio y ella rompió la relación. De ese estilo eran las situaciones que se produjeron durante los seis meses anteriores al diagnóstico. Aunque han pasado años desde aquel estudio formal, Schmale continúa trabajando con pacientes de cáncer y aún en la actualidad sigue encontrando las mismas características. Schmale (citado por Locke, 2013), informa que muchas, no todas, de las enfermas de cáncer muestran un deseo de complacer, una ansiedad por cumplir que es característica y ofrece alguna explicación del motivo por el que eligen permanecer en una situación en que se sienten desvalidas, las que él había calificado como de alto riesgo tendían a ser extremadamente conscientes y con espíritu de sacrificio. También eran más depresivas que las no cancerosas. La depresión además ha surgido como tema recurrente en la investigación de los factores psicológicos que rodean al cáncer. Primero surgió de los abundantes datos de las pruebas de 1957-58; veinticinco años después, cuando dos investigadores de la Universidad de Chicago, Linas Bieliauskas y Richard Shekelle, estudiaron los resultados de las pruebas psicológicas realizadas en más de dos mil trabajadores de la planta de Chicago Western Electric. Los dos investigadores estaban centrados en el humor y las actitudes dominantes de cada operario, indicadas por el resultado del test. (Locke, 2013)

A modo de conclusión respecto al enfoque cognitivo Caballo (2007) nos refiere que la terapia cognitiva de Beck se desarrolló específicamente en respuesta a la de-presión. El enfoque cognitivo a la conceptualización y tratamiento de la depresión empieza con la observación de las estructuras, procesos y productos cognitivos que parecen mediar y moderar todos los casos de depresión.

También nos refiere que el papel de las cogniciones en la depresión se ha malinterpretado a menudo como una causalidad lineal simple: las cogniciones negativas causan la depresión. Otro

malentendido del modelo de terapia cognitiva es que esta perspectiva implica a los procesos internos de la depresión excluyendo los acontecimientos del entorno. La perspectiva cognitiva es un modelo de diátesis-estrés en el que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y el estado de ánimo están íntimamente unidos entre sí de manera recíproca. Las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo sirven a funciones de retroalimentación y de información hacia adelante en un complejo proceso de procesamiento de la información. Además, la perspectiva cognitiva implica al aprendizaje y a los acontecimientos de la vida tempranos en la creación de los patrones del procesamiento de la información. Estos patrones pueden predisponer a las personas a vulnerabilidades emocionales específicas y mantener los problemas emocionales una vez que se han iniciado los patrones conductuales, cognitivos y del estado de ánimo. (Caballo, 2007).

Finalmente nos hace mención a que el modelo cognitivo ha madurado de forma significativa en las últimas dos décadas. Partiendo como un modelo periférico que se veía como una derivación mecanicista y centrada en las técnicas procedentes de la terapia de conducta, la terapia cognitiva se ha convertido en un modelo importante y central en el tratamiento de un amplio rango de trastornos emocionales. El interés transcultural en la terapia cognitiva es una expresión de la naturaleza del modelo orientado hacia el proceso, en cuanto opuesto a modelos que se orientan al contenido y puede que no se adapten a distintas culturas y sirve como un punto de encuentro para muchos terapeutas de diferentes posiciones teóricas. (Caballo, 2007).

## CÁNCER

Cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. El cáncer puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. (Instituto Nacional del Cáncer, 2015)

Espinosa de los Monteros M. (2003), al hacer referencia a la palabra cáncer es hablar de enfermedad maldita para la mayoría de las personas, ya que se asocia con deterioro, con muerte. Las connotaciones negativas que tiene esa palabra son difícilmente asimilables. Tanto el impacto emocional como las repercusiones psicológicas que acontecen al paciente y su entorno dependen fundamentalmente del momento evolutivo de la enfermedad en que se encuentre el enfermo.

Los diferentes tipos de cáncer se pueden clasificar en dos grandes tipos: tumores hematológicos (del tejido sanguíneo) y tumores sólidos. El nombre del cáncer depende del tejido o sitio en el que se desarrolle. Por ejemplo, un sarcoma es el cáncer que se origina en los huesos, músculos o tejidos conectivos como los tendones y carcinoma es el cáncer que se origina en los tejidos epiteliales, células de las glándulas y de la capa exterior que recubre los vasos sanguíneos y la totalidad de los órganos y orificios del cuerpo. (Ballesteros, 2003)

Existe una historia natural en la progresión de esta enfermedad, comenzando con la aparición de células pre malignas o lesiones de bajo grado, después las lesiones de alto grado, a los 3 o 4 años siguientes aparece el carcinoma in situ y más tarde el cáncer invasor, pero no todas las lesiones progresan e, incluso regresan (Cherney y Pernoll, 2002)

### **Cáncer. Relación soma-psiquis**

Atendiendo precisamente a uno de los propósitos fundamentales del estudio resulta esencial significar que la creación o adecuación de una filosofía de tratamiento psicológico para los enfermos con cáncer, debe de ir precedida de un cuidadoso análisis de los más recientes aportes de la ciencia, en torno a una cuestión cardinal: ¿existe algún vínculo entre los factores psicosociales y la iniciación y progresión del cáncer?.

De aceptarse dicho vínculo, se podría preguntar: ¿resulta válido a la luz de las evidencias científicas considerar que los factores psicosociales desempeñan un rol causal o por el contrario facilitador, o de ambos, alternativamente en la aparición y control del cáncer?

Es conocido que desde los tiempos de Galeno y más aún, desde Hipócrates se especuló sobre las características psíquicas de las personas en términos de temperamento y predisposición a las enfermedades. En época de Galeno se consideró que las mujeres melancólicas eran más propensas a enfermar de cáncer de mama que las sanguíneas. (Suárez, 2002)

Sin detenerse en todo el largo y fructífero recorrido, presente en la historia de las ciencias que desde posiciones diferentes abordan al hombre, con respecto al problema en análisis, aparecen dos posiciones extremas, recíprocamente excluyentes, aún y cuando entre ellos, se intentan con éxito posiciones intermedias. (Suárez, 2002)

Una de ellas asume que factores psicosociales no tienen vínculo causal con la iniciación del cáncer, de lo que puede derivarse, como corolario, que cualquier psicoterapia con enfermos de cáncer que se apoye en la concepción opuesta es estéril y condenada al fracaso en términos de poder contribuir a la prolongación de la sobrevivencia.

La posición extrema opuesta sostiene que los factores psicosociales pueden tener un vínculo causal con la iniciación y progresión del cáncer y por tanto la terapia psicológica es susceptible de influir en la supervivencia de forma directa e indirecta, esta última a través del estilo individual de vida.

Esta posición, que asume que los factores psicosociales tienen un peso específico de consideración en la carcinogénesis, propone tres variantes fundamentales:

1. La tipológica, concibe que existe una personalidad predispuesta al cáncer, llamada personalidad Tipo C.
2. Se focaliza en la historia emocional del sujeto y en los eventos adversos de la vida.
3. Plantea la hipótesis sobre los factores psicosociales que pueden favorecer la iniciación y desarrollo de las enfermedades en general y en particular del cáncer. Pero que la enfermedad resultante está en función de factores genéticos, de la vulnerabilidad del sujeto, de su respuesta fisiológica y de factores psicosociales.

En uno de los trabajos de referencia se propone que los factores psicosociales pueden ser tanto causa como consecuencia de la iniciación del cáncer. (Suárez, 2002)

Este conjunto de características psicológicas hipotéticamente provoca por una parte una disminución o deterioro mantenido de importantes indicadores de inmunidad, mecanismo que parece participar en la progresión y recurrencia del cáncer. (Suárez, 2002)

Existe la evidencia, precedente de estudios preliminares, de que la exposición al estrés puede alterar la actividad del sistema inmunitario, así como la incidencia del tumor y su crecimiento, esta evidencia no es inequívoca. Generalmente, se ha observado un crecimiento aumentado del tumor después de la exposición al estrés. (Cooper, 1986)

Uno de los temas que más ha preocupado a la psicología de la salud desde que se puso en evidencia la posible relación entre conducta, mente y sistema inmune, ha sido el estudio de la posible conexión entre factores psicológicos y cáncer. En este sentido, la vinculación entre personalidad e inmunidad puede tomar como ejemplo las investigaciones que sobre personalidad y la posibilidad de desarrollar cáncer se han realizado desde que en 1980 Morris y Greer acuñaran el término personalidad “tipo C”. (Oblitas, 2010).

### **Cáncer: Variables psicosociales y su influencia**

Desde una perspectiva histórica, la medicina psicosomática se ha ocupado de este estudio nutriéndose de notables aportaciones procedentes de las teorías del enfoque antropológico, psicofisiológico y psicoanalítico, principalmente. Todas estas disciplinas han contribuido a configurar una serie de conocimientos que han servido de punto de partida para actuales investigaciones y modelos sobre la relación entre la enfermedad y la personalidad.

Actualmente, la psicosomática, con una orientación psicoanalítica, la medicina conductual y la psicología de la salud, desde una posición cognitivo-conductual, tratan de identificar los

aspectos psicológicos, biológicos y sociales que interaccionan en diferentes tipos de enfermedades físicas, una de ellas, el cáncer.

Se hace hincapié en un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta la influencia relativa de todos estos elementos en el desarrollo de una patología, es decir, que atribuya un determinado peso a cada uno de ellos, según el trastorno en particular bajo consideración o de los síntomas que se manifiesten. Esta concepción multifactorial e interactiva de la enfermedad supera la posición clásica de causalidad unidireccional, en la que se postulaba que un trastorno psicosomático se caracterizaba porque el factor psicológico contribuía de manera esencial a originar la enfermedad. (Oblitas, 2010).

De toda una serie de enfermedades que se investigan en la actualidad, podemos mencionar numerosas variables psicosociales en relación con el cáncer, con un cierto rigor y desde un abundante soporte empírico. Aunque dista mucho de conformar un modelo acabado, perfectamente verificado que se halla en un estado de continua revisión y de nuevas formulaciones, se pueden exponer sus líneas fundamentales, ya que existe una coincidencia y acuerdo amplio en las hipótesis principales que se refieren a los rasgos de personalidad generalmente identificados en bastantes pacientes con cáncer. En este sentido, se estima que la personalidad es una variable más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera se intenta proponer que cierto tipo de ella podría ser responsable de la aparición del cáncer en un paciente. (Oblitas, 2010).

## **El secreto de los sobrevivientes de cáncer**

Sigue vigente el hecho de que hay personas que sobreviven a ataques terribles del cáncer, a veces contra todas las suposiciones de los médicos. Esta circunstancia plantea el interrogante sobre las capacidades que tienen o las acciones que ejercen, que las distinguen de los otros pacientes de cáncer. La psicóloga Sandra Levy de la Universidad de Pittsburgh ha estado tratando de averiguarlo: en los últimos años ha intentado ver si hay algo de verdad en el folclore médico respecto de que cuanto más dóciles son los pacientes mueren antes. Trabajando con el inmunólogo Ronald Herberman y el especialista en cáncer de mama Marc Lippman del National Cancer Institute, Levy estudió setenta y cinco pacientes de cáncer de mama. Siguió la evolución de ellas durante un año, prestando especial atención a sus actitudes y su salud. Eligió un grupo de mujeres con cáncer recurrente de mama, de quienes no se esperaba que vivieran mucho tiempo. Al terminar el año, seis habían muerto (Locke, 2013).

Las personas que tendían a sobrevivir (cuya condición era estable) eran las que más se quejaban. Levy y Herberman examinaron la sangre de las pacientes y encontraron que las que se quejaban de más problemas psiquiátricos, depresión o angustia, tenían más células anticáncer naturales. También sus pronósticos eran mejores, sugiriendo que esa actitud ayudaba a movilizar los elementos anticáncer del sistema inmunológico. Curiosamente la investigación del doctor Locke sobre la misma clase de células arrojó al parecer resultados opuestos. Él y sus colegas encontraron entre un grupo de estudiantes universitarios sanos que los que más se quejaban de depresión y angustia, que tenían los mismos sentimientos negativos de las pacientes de la doctora Levy, poseían menos células asesinas activas. (Locke, 2013).

¿Es contradictorio este resultado? ¿Es uno de los dos estudios groseramente inexacto? No necesariamente, manifiesta el psicólogo de Chicago Linas Bieliauskas. Luchando por entender el significado de esas aparentes contradicciones el doctor Bieliauskas ofreció una explicación. Es anormal que los estudiantes perfectamente sanos se quejen de angustia y depresión, y es anormal que los pacientes de cáncer no se quejen. El comportamiento adaptable y normal de las personas sanas es diferente del de las personas enfermas. Para un enfermo, quejarse es lo razonable; el papel de enfermo lo hace así. Después de todo, el enfermo tiene un motivo valedero para quejarse. Por suerte algunos trabajos bien planificados para incorporar las ideas de la psiconeuroinmunología a los tratamientos son promisorios aunque estén en la etapa experimental. En la Universidad de California, San Francisco, la psicóloga Lydia Temoshock ya ha adaptado algunas de las ideas de la PNI en su trabajo con los pacientes tipo C de cáncer: los que evitan expresar sus emociones, sobre todo las negativas. Ella advierte que su enfoque es sólo experimental y aún el trabajo está en desarrollo. Pero ha estado obteniendo resultados alentadores. (Locke, 2013).

Parte del enfoque de Temoshock ha sido tratar de aumentar la conciencia del cuerpo en los pacientes de cáncer ponerlos en contacto con las realidades de la enfermedad y efectuar caminos positivos en sus comportamientos. Un caso que ella recuerda en particular es el de un hombre, un "dócil" tipo C con leucemia, a quien se le dijo que viviría solamente unos pocos meses. "Nos dedicamos a trabajar para hacerle reconocer cuáles cían sus necesidades, incluidas las corporales."

El enfermo había preferido ignorar sus necesidades de descanso y la manera de cuidarse. Temoshock dice: "Ni siquiera se daba cuenta de cuándo estaba cansado. Una noche se quedó revisando durante horas las cuentas de la atención de su enfermedad y cayó en la cama exhausto

por la tensión". El paciente exhibía la agradable conducta de tipo C y Temoshock esperaba cambiarla. Temoshock recuerda con divertida exasperación: "Por ejemplo, estaba hablando conmigo, cuando se acercaba una enfermera y decía: ¿Puedo darle la inyección ahora?' Él respondía: 'Ah, sí, enseguida'. Y yo exclamaba: ¿Qué?' Y entonces el enfermo se daba cuenta y se corregía: 'Ummm, ahora estamos conversando, ¿podría volver más tarde?' O hacíamos una cita y yo decía: '¿Cuándo quiere que vuelva?' Y él preguntaba: '¿Qué hora le resulta conveniente?' Yo entonces exclamaba: 'No, dígame usted a qué hora quiere que vuelva. Yo tengo libre este horario.

Si él hesitaba, yo decía: 'Pero veo que no le conviene. ¿Por qué no me dice de qué se trata?' Y él respondía: 'Había pensado ver a otra persona a esa hora'. Era un proceso penoso dirigir casi todo lo que el paciente hacía en su vida. Pero por primera vez estaba tomándose tiempo para pensar en sus propias necesidades físicas y emocionales. Aprendió a usar el cáncer como excusa para expresar sus propios deseos. 'Ahora estoy cansado por el tratamiento. ¿Podría volver mañana? Es una forma cortés de pedir, pero antes nunca lo había hecho". (Locke, 2013).

Cambiar una característica tan sutil como una actitud, hizo difícil la cuantificación de la diferencia que podía hacer esa terapia en la enfermedad. Pero hay indicios de que hubo una diferencia y fue positiva. Quiso hablar con su hijo, de quien estaba distanciado. Durante la terapia, su salud comenzó a mejorar. Antes de la terapia su recuento de plaquetas (indicador de la potencia del sistema inmunológico) bajaba casi diariamente y la prognosis era negativa. A medida que Temoshock trabajaba con aquel hombre la leucemia retrocedía. El sistema Inmunológico del paciente repuntó y pudo controlarse mejor la enfermedad.

“Él mejoraba y mejoraba -recuerda Temoshock con satisfacción. Sus recuentos globulares aumentaban día a día. Ahora ha podido irse a su casa. Todavía tiene problemas, pero está mucho mejor.” (Locke, 2013).

Temoshock (citado por Locke S. 2013) no dice que lo ha curado ni que ha efectuado un milagro; sólo que ha aumentado su capacidad para hacer frente a la enfermedad. También ha usado la biorrealimentación, no para preparar a sus pacientes para que cambien sus organismos sino para mostrarles cómo la técnica registra sus emociones. Temoshock conectó a una máquina de biorrealimentación a una mujer de Utah con melanoma maligno y le pidió que relatara alguna ocasión en la que sintió ira. "Eso es importante en estos pacientes", explica Temoshock. Cuando la mujer hablaba, su voz no denotaba expresión y podría decirse que el incidente que había provocado su enojo realmente no la había preocupado. Pero las lecturas en la máquina desmentían esto: la máquina había registrado su tensión. La biorrealimentación ofrece una valiosa lección objetiva: "Le permitió sentir a la paciente que esta era otra razón importante para expresar la ira porque no hacerlo resultaba peligroso para ella. Pero había que demostrárselo". Temoshock sabe que su trabajo está trepando por los primeros escalones de la experimentación. Ella sugiere que el intento de ayudar a los enfermos de cáncer a hacer frente a la enfermedad en cualquier nivel, aun el psicológico, cuando se procede con inteligencia y sensibilidad, puede producir un cambio positivo. (Locke, 2013).

En la influencia de la mente sobre el cáncer, el doctor Alastair Cunningham, (citado por Locke, 2013), un oncólogo del Instituto del Cáncer de Ontario, Canadá, ha notado que ninguna evidencia científica indica que un enfoque psicoterapéutico para tratar el cáncer afecte el resultado. Sin embargo, dice él, la evidencia que existe, hace que valga la pena probarlos, habiendo tanto por ganar y tampoco que perder. ¿Está en la mente la curación del cáncer que ha

eludido los mejores esfuerzos de los científicos? ¿Existen personalidades, acciones y modalidades cancerígenas? A pesar de las opiniones en contra, nadie ha descifrado el código del lazo entre el cerebro y el cáncer. Una relación tan complicada resulta elusiva. Pero aun así, podemos hacer algunas declaraciones amplias sobre el tema: No hay evidencia científica de que el estrés, las emociones o el tipo de personalidad causen cáncer. Sin embargo, después de décadas de ser relegada a los márgenes de la medicina está ganando aceptación la idea de que las actitudes y los estados mentales pueden afectar el curso del cáncer. La evidencia más fuerte, aunque todavía no totalmente convincente, sugiere que la depresión puede ser un factor de riesgo. Evidencia menos definitiva pero intrigante sugiere que las relaciones familiares alteradas pueden aumentar la susceptibilidad. Finalmente, es posible que las emociones abran el camino para que se desencadene el cáncer al disminuir la potencia del sistema inmunológico. (Locke, 2013)

Todavía no es posible predecir qué individuos van a tener cáncer, ni siquiera la forma en que los enfermos serán capaces de luchar contra la enfermedad, mediante los estudios que buscan claves psíquicas: previamente hay que seleccionar entre demasiados aspectos conductistas y psicológicos de la enfermedad. Cuando uno se desplaza por el terreno sombrío entre la mente y el cuerpo en busca de claves para una enfermedad tan compleja como el cáncer es fácil sentirse abrumado. Sin embargo, en la actualidad se sabe bastante de los mecanismos del cuerpo y de la mente como para que se justifiquen intentos como el de Lydia Temoshock por usar los hallazgos de la PNI. Por desgracia, la rápida introducción de la psiconeuroinmunología en la corriente de la medicina tiene sus caídas. Como se verá en el Capítulo 9, se producen problemas cuando muchos, en su entusiasmo, se adhieren rápidamente a los principios de la PNI en la práctica terapéutica no relacionada y a veces peligrosa conocida como medicina holística. (Locke, 2013)

## Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama

Desde una comprensión multidimensional del humor sus repercusiones en el bienestar pueden ser beneficiosas o perjudiciales. Investigaciones demuestran que estilos de humor adaptativo pueden amortiguar los síntomas depresivos, mientras que los desadaptativos tienden a incrementarlos. La presente investigación pretende dar luces sobre esta relación en pacientes mujeres con cáncer de mama entre los 37 y 65 años. Para ello, se utilizó el Cuestionario de Estilos de Humor (CEH) y el Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II). Como resultados, se halló una asociación negativa entre el estilo de afiliación ( $p=0,32$ ) y la sintomatología depresiva; y, a su vez, una asociación positiva con el estilo agresivo (0,26). Además, se hallaron asociaciones entre los estilos de humor y variables sociodemográficas y médicas (ocupación, estadio clínico, recibir hormonoterapia y tener enfermedades adicionales al cáncer). La depresión se asoció positivamente con no contar con un trabajo, bajo nivel de instrucción y estar hospitalizado. (Aguilar y Quinde, 2015)

Otra investigación que citaremos: Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- 2013; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 70 mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Se utilizó el test de ansiedad y depresión de Hamilton. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2, 9%, leve 34, 3%, grave un 51, 4%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es ausente 1, 4%, moderada 2, 9%, grave un 7, 1%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4%.

El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es grave un 5, 9%, moderada 2, 9%, ausente 2, 9%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de cáncer desde el primer nivel de atención que permita el adecuado manejo integral y oportuno del paciente con cáncer. (Aguilar y Quinde, 2015)

### **Hipótesis**

“La presencia de mayores niveles de depresión, se correlacionan negativamente con niveles bajos de apoyo social en pacientes diagnosticados de una enfermedad oncológica del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa”

## Capítulo II

### Diseño Metodológico

#### Tipo o Diseño de Investigación

Es una investigación descriptiva - correlacional por que buscará definir la asociación y las características de la relación entre las variables: apoyo social y niveles de depresión.

Como dice Salkind, 1999 (citado por Portilla y Vilches. 2011) la investigación correlacional describe la relación entre dos o más variables sin tratar en lo absoluto de atribuir a una variable el efecto observado en otra. (Portilla y Vilches F. 2011).

Transversal por que los datos se recolectarán en un solo momento y en un tiempo único en donde se describirá las variables y se analizará la incidencia e interrelaciones en un momento dado (Hernández, 2014)

#### Técnicas, instrumentos

La técnica que se empleará en esta investigación, será la aplicación de pruebas psicológicas.

## **Instrumentos**

### **Inventario de Depresión de Beck**

**Título:** Inventario de Depresión (BDI)

**Autores:** Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

**Descripción:** El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauhg, 1961; Beck, Steer y Garbin, 1988).

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. Lamentablemente, su introducción en la asistencia no estuvo precedida del necesario proceso de validación, trabajo que fue acometido en la década del 90 por la Lic. Isabel Louro y un equipo de investigadores de la Maestría en Psicología de la Salud (Lugo, Louro y Ballarre, 1996).

El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

En cuanto a la validez, en una muestra de pacientes externos se encontró evidencia de validez convergente con la escala de depresión del MMPI-II ( $r = .58$ ,  $p < .01$ ) (Beck et al. 2006); con la Escala de Depresión SCL-90-R (adaptación de Casullo, 1999) ( $r = .81$ ,  $p < .01$ ).

Por otro lado, con muestra general se encontró evidencia de validez convergente con la escala de depresión del MMPI-II ( $r = .61$ ,  $p < .01$ ), con la Escala de Malestar Psicológico de Kessler ( $r = .81$ ,  $p < .01$ ).

El BDI – II presenta una confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .88 para la muestra de pacientes y un alfa de Cronbach de .86 para los sujetos del grupo de comparación. La totalidad de las correlaciones ítem-total corregidas fueron significativas. Para los pacientes, las correlaciones fueron desde .19 hasta .61. Para el grupo de no pacientes, el rango de las correlaciones iban de .25 a .55. En relación a la estabilidad Test – retest, se encontró una correlación positiva y significativa tanto como para la muestra de pacientes externos ( $r = .90$ ,  $p < .001$ ), como para la población general ( $r = .864$ ,  $p < .001$ ).

En el contexto peruano se obtuvieron índices de confiabilidad por consistencia interna a nivel global, alfa de Cronbach entre .87 y .94 (Alcántara, 2008; Obando, 2011; Otiniano, 2012; Tataje, 2013). Respecto a los factores se encontró evidencia adecuada de confiabilidad por

consistencia interna con valores de Alfa de Cronbach entre .73 y .87 para el factor Somático – Afectivo y entre .80 y .84 para el factor Psicológico – Cognitivo (Alcántara, 2008; Otiniano, 2012; Tataje, 2013).

**Aplicación:** Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista (de hecho, su autor inicialmente lo concibió un instrumento heteroaplicado), lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc. Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede elicitar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas.

**Corrección e Interpretación:** Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severa.

La escala de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7.

- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas.

A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (Martín, 2002). Hay escaso acuerdo con respecto a cuál debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas. Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 (Rodin, 1991); superior a 13 (Salkind, 1989) o mayor que 17 (Moffick, 1986).

Puede plantearse que las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico, no así las que se corresponden con depresión leve (Martín, 2002). De hecho, Radloff (1977) encontró que alrededor del 20% de la población sana y el 70% de la población de pacientes psiquiátricos obtenían este diagnóstico en el BDI. Lugo y cols. (1996) en un grupo de sujetos cubanos supuestamente no deprimidos, encontraron que la Media de la puntuación era de 20.2 con una desviación típica de 7.07. Por lo tanto, creemos que la utilidad diagnóstica del BDI va en tres direcciones:

1ro. Porque permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.

2do. En los casos de puntuaciones altas (depresión moderada y media) puede indicar la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el BDI no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia (Beck, Steer y Garbin, 1988).

3ro. Porque permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (Beck, 1989)

### **Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss**

Diseñado por Sherbourne y Stewart en 1991, a partir de los datos del estudio del grupo The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), que permite explorar el apoyo social. Se trata de un cuestionario auto administrado de 20 ítems. El primer ítem valora apoyo estructural (se refiere a características cuantitativas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad), se evalúa contando la cantidad de personas que brindan apoyo para el encuestado. Los 19 ítems restantes evalúan el apoyo funcional percibido (los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red). Se pregunta con qué frecuencia percibe el entrevistado cada tipo de apoyo y se tiene que responder mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de veces, siempre).

Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

El inventario cuenta con la adaptación peruana realizada por Cruz (2009) en la ciudad de Lima, cuya población fueron adultos mayores de ambos sexos de un Centro del Adulto Mayor. La confiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, siendo los resultados 0.97 y para las sub escalas oscila entre 0.91 y 0.96. Asimismo, la validez se adquirió a través de la correlación test-retest, siendo  $r=0.91$ .

La prueba se adaptó a la realidad de la población de adultos mayores de la ciudad de Chiclayo. Se determinó la validez concurrente mediante el método de contrastación de grupos con la prueba T, dando como resultados el valor de  $t=10.07$ , el cual es mayor al valor crítico de la prueba, a un nivel de significancia de 0.05, en cuanto, a la confiabilidad se obtuvo por cada factor a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach, siendo para Emocional 0.78, instrumental 0.87, interacción social positiva 0.76 y afectivo 0.87. Así también, la baremación se realizó de manera general: de 20 a 45 bajo apoyo social, 46 a 70 moderado y 71 a 95 alta percepción de apoyo social.

## **Población y Muestra**

### **Población**

La población estuvo constituida por pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica que asisten a sus intervenciones clínicas en forma hospitalizada y ambulatoria del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial de EsSalud de la ciudad de Arequipa.

### **Muestra**

La muestra es probabilística porque en la elección de los participantes todos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos. Fueron pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica que asisten a sus intervenciones clínicas en forma hospitalizada y ambulatoria del servicio oncológico como del servicio de quimioterapia del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial de EsSalud de la ciudad de Arequipa.

Estuvo constituida por 225 pacientes hospitalizados que recibían tratamiento médico durante los meses de enero, febrero y marzo del 2017, la aplicación de los instrumentos se realizó durante los días lunes a jueves, encontrando de 2 a 3 pacientes en cada habitación variando constantemente y una mayor cantidad pacientes en el servicio de quimioterapia mientras esperaban su turno quienes nos apoyaron con su participación, siempre y cuando hayamos tenido previo consentimiento de parte suya para realizar nuestra investigación y estuvo conformada de la siguiente manera:

**Tabla 1**

*Pacientes con Enfermedad Oncológica según Género*

	Nº	%
Masculino	132	58,7
Femenino	93	41,3
Total	225	100.0

**Tabla 2**

*Pacientes con Enfermedad Oncológica según Edad*

	Nº	%
Menores de 30	6	2,7
De 31 a 40 años	12	5,3
De 41 a 50 años	27	12,0
De 51 a 60 años	72	32,0
De 61 a 70 años	60	26,7
De 71 a 80 años	30	13,3
De 80 a más	18	8,0
Total	225	100.0

**Tabla 3*****Pacientes con Enfermedad Oncológica según Ocupación***

	N°	%
Médico – Enfermera	9	4,0
Abogado	6	2,7
Docente	18	8,0
Administrador	6	2,7
Comerciante	9	4,0
Independiente	42	18,7
Mecánico	6	2,7
Obrero	48	21,3
Jubilado	54	24,0
Estudiante	6	2,7
Ama de Casa	21	9,2
Total	225	100.00

**Estrategias en la recolección de datos y temporalidad**

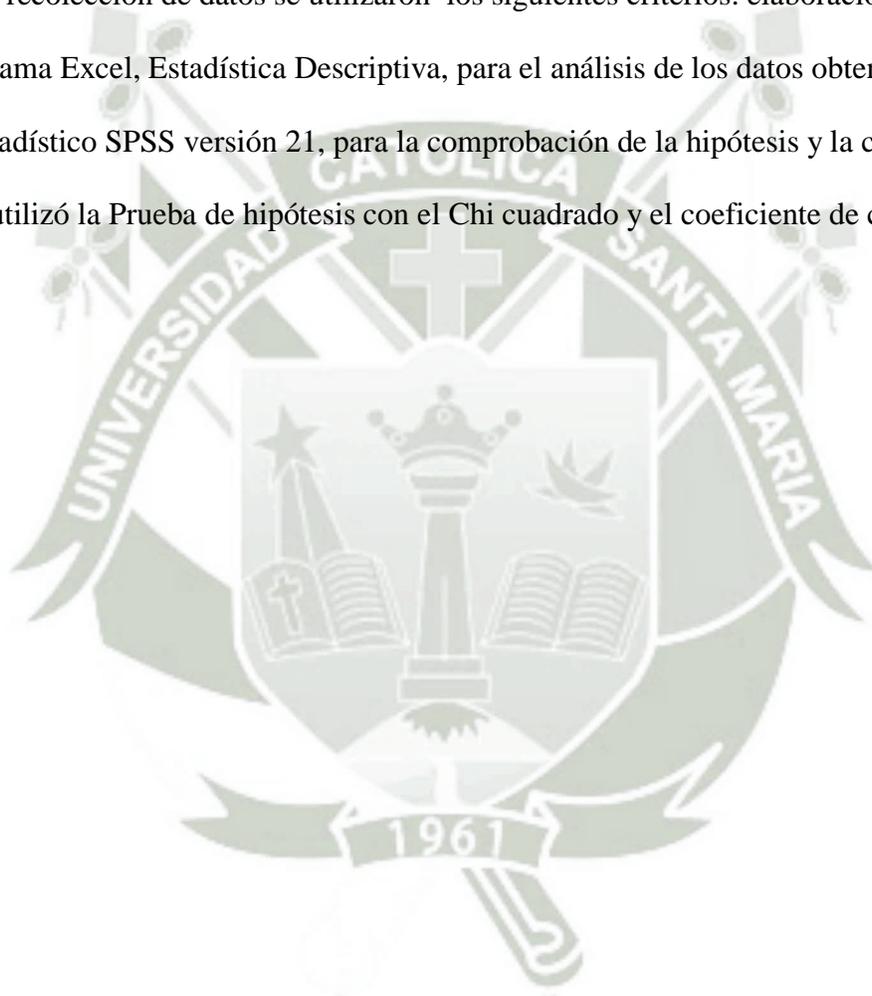
Para la realización de esta investigación se realizaron coordinaciones con las autoridades de la Escuela Profesional de Psicología, posteriormente se solicitó autorización en la Oficina de Capacitación, Investigación y docencia de la Red Asistencial de Arequipa – EsSalud, para la aplicación de las encuestas, luego se coordinó con el médico jefe del servicio de Oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE – EsSalud para las coordinaciones en la recolección de datos.

Luego se procedió a entrevistarse con los trabajadores asistenciales del mencionado servicio para pedir la colaboración de ellos en el desarrollo de la investigación.

Antes de evaluar a los pacientes, se les solicitó su consentimiento para la aplicación de las pruebas psicológicas.

### **Criterio de Procesamiento de la Información**

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes criterios: elaboración de base de datos en programa Excel, Estadística Descriptiva, para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, para la comprobación de la hipótesis y la correlación respectiva se utilizó la Prueba de hipótesis con el Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson.



**Capítulo III****Capítulo III****RESULTADOS****Tabla 4****Niveles de Apoyo Social en pacientes diagnosticados con una enfermedad Oncológica.**

Niveles	N°	%
Alto	3	1,3
Moderado	61	27,1
Bajo	161	71,6
Total	225	100.0

Aquí podemos observar que en un 71,6 % perciben un bajo apoyo social, siendo una cantidad consistente y considerable en los pacientes entrevistados indicándonos que las expectativas a los distintos soportes que se manifiestan en las redes de apoyo social se valoran como mínimas repercutiendo en el estado de ánimo de los pacientes y corroborándose con las observaciones realizadas, no encontrando una frecuencia considerable de personas que mantengan alguna relación con los pacientes.

**Tabla 5****Niveles de Depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica**

<b>Niveles</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Depresión Severa	10	4,4
Depresión Moderada	57	25,3
Depresión Leve	145	64,5
Ausencia de Depresión	13	5,8
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.0</b>

En estos resultados observamos que el mayor porcentaje es de 64,5 % corresponde a un nivel leve de depresión, seguido de un 25,3 % de pacientes que presentan un nivel moderado de depresión, estos resultados nos hacen ver que su actual estado emocional no es satisfactorio y además es consecuente por el momento actual en que se encuentran, pacientes que están en pleno procedimiento de su tratamiento clínico, en un nivel avanzado de su enfermedad que implica y representa un riesgo para su vida además de que manifiestan sentirse solos y con desesperanza.

**Tabla 6**

**Niveles de Apoyo Social en relación al género en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica.**

		Género				Total	
		Femenino		Masculino			
		F	%	F	%	F	%
Apoyo social	Alto	0	0,0	3	2,3	3	1,3
	Medio	33	35,5	28	21,2	61	27,1
	Bajo	60	64,5	101	76,5	161	71,6
Total		93	100,0	132	100,0	225	100,0

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

Este cuadro nos hace ver que existe un porcentaje alto en relación al género masculino que perciben como bajo sus redes de apoyo social, corroborándose con la observación y entrevista realizada al momento de la evaluación, este valor alto se da por la cantidad en referencia al número de pacientes hospitalizados de género masculino y no a la comparación con pacientes de género femenino.

**Tabla 7**

**Niveles de Apoyo Social y edad en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica.**

Edad	Apoyo social								
	Bajo		Medio		Alto		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
De 81 a más años	18	11,2	0	0,0	0	0,0	18	8,0	
De 71 a 80 años	30	18,6	0	0,0	0	0,0	30	13,3	
De 61 a 70 años	32	19,9	28	45,9	0	0,0	60	26,7	
De 51 a 60 años	56	34,8	13	21,3	3	100,0	72	32,0	
De 41 a 50 años	20	12,4	7	11,5	0	0,0	27	12,0	
De 31 a 40 años	5	3,1	7	11,5	0	0,0	12	5,3	
Menores 30 años	0	0,0	6	9,8	0	0,0	6	2,7	
Total	161	100,0	61	100,0	3	100,0	225	100,0	

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

Esta tabla nos permite ver que los pacientes de 51 y 60 años presentan un nivel bajo de apoyo social, situación que se confirma con las entrevistas realizadas alegando la falta de tiempo de sus familiares en el acompañamiento de su tratamiento y por las distintas actividades que realizan, como se evidenció en las evaluaciones realizadas y corroborar la situación en relación a la frecuencia de visitas recibidas durante su hospitalización.

**Tabla 8**

**Niveles de Apoyo Social y ocupación en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica.**

Ocupación	Apoyo social							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico-enfermero	3	1,9	6	9,8	0	0,0	9	4,0
Abogado	6	3,7	0	0,0	0	0,0	6	2,7
Docente	9	5,6	9	14,8	0	0,0	18	8,0
Administrador-secretario	5	3,1	1	1,6	0	0,0	6	2,7
Comerciante	6	3,7	3	4,9	0	0,0	9	4,0
Independiente	23	14,3	16	26,2	3	100,0	42	18,7
Mecánico	6	3,7	0	0,0	0	0,0	6	2,7
Obrero	34	21,1	14	23,0	0	0,0	48	21,3
Jubilado	54	33,5	0	0,0	0	0,0	54	24,0
Estudiante	0	0,0	6	9,8	0	0,0	6	2,7
Ama de casa	15	9,3	6	9,8	0	0,0	21	9,3
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

En esta tabla observamos que la ocupación que más predomina es la de pacientes jubilados seguido de pacientes que se encuentran en condición de obreros y que por situaciones relacionadas a su contexto social y familiar no perciban adecuadamente sus redes de soporte social presentando un bajo apoyo social los mismos que argumentan que las personas cercanas a él y que por diversas actividades, no cuentan con el tiempo suficiente para poder acompañarlos durante su tratamiento.



**Tabla 9**

**Niveles de Depresión y género en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica**

		Depresión								Total	
		Ausencia de depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Género	Masculino	7	53,8	89	61,4	30	52,6	6	60,0	132	58,7
	Femenino	6	46,2	56	38,6	27	47,4	4	40,0	93	41,3
Total		13	100,0	145	100,0	57	100,0	10	100,0	225	100,0

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

Aquí vemos que los pacientes de ambos géneros en donde la depresión predomina es en los del género masculino, esta situación es debido a que la frecuencia en la asistencia al hospital fue más en cantidad del género masculino, los mismos que al momento de la aplicación de las pruebas psicológicas cursaban por un proceso quirúrgico. Obteniendo que pacientes de este género obtengan un nivel de depresión leve.

**Tabla 10**

**Niveles de Depresión en relación a la edad en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica.**

	Depresión									
	Ausencia de depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Edad De 81 a más años	0	0,0	9	6,2	9	15,8	0	0,0	18	8,0
De 71 a 80 años	1	7,7	20	13,8	6	10,5	3	30,3	30	13,3
De 61 a 70 años	6	46,2	41	28,3	12	21,1	1	10,0	60	26,3
De 51 a 60 años	5	38,5	48	33,1	18	31,6	1	10,0	72	32,0
De 41 a 50 años	1	7,7	19	13,1	6	10,5	1	10,0	27	12,0
De 31 a 40 años	0	0,0	8	5,5	0	0,0	4	40,0	12	5,3
Menores de 30 años	0	0,0	0	0,0	6	10,5	0	0,0	6	2,7
Total	13	100,0	145	100,0	57	100,0	10	100,0	225	100,0

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

En esta tabla observamos que los pacientes de entre 51 a 60 años de edad obtienen niveles leves de depresión seguido de los de 61 a 70 años mostrándonos de la esta manera que la depresión se encuentra presente en adultos de la tercera edad y que van en aumento a un nivel moderado de depresión .

**Tabla 11**

**Niveles de Depresión y ocupación en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica.**

Ocupación	Depresión									
	Ausencia de depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico-enfermero	0	0,0	6	4,1	3	5,3	0	0,0	9	4,0
Abogado	0	0,0	6	4,1	0	0,0	0	0,0	6	2,7
Docente	0	0,0	10	6,9	3	5,3	5	50,0	18	8,0
Adm.- Secretario	1	7,7	5	3,4	0	0,0	0	0,0	6	2,7
Comerciante	1	7,7	8	5,5	0	0,0	0	0,0	9	4,0
Independiente	4	30,8	29	20,0	9	15,8	0	0,0	42	18,7
Mecánico	0	0,0	6	4,1	0	0,0	0	0,0	6	2,7
Obrero	3	23,1	28	19,3	15	26,3	2	20,0	48	21,3
Jubilado	2	15,4	32	22,1	18	31,6	2	20,0	54	24,0
Estudiante	0	0,0	0	0,0	6	10,5	0	0,0	6	2,7
Ama de casa	2	15,4	15	10,3	3	5,3	1	10,0	21	9,3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

En esta tabla observamos que los pacientes jubilados presentan un nivel de depresión leve por la misma razón de verse inactivos seguidos de trabajadores independientes y obreros que por su edad y condición, dejan de trabajar generando estados depresivos en relación a la dificultad e incapacidad de poder realizar trabajo alguno aumentando la sensación de minusvalía y de esta forma vemos que se incrementa su depresión.

**Tabla 12**

**Prueba de hipótesis de correlación R de Pearson entre apoyo social y depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad neoplásica del Hospital CASE – EsSalud Arequipa.**

		Apoyo social						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
Depresión	Depresión severa	F	%	F	%	F	%	F	%
				9	5,6	1	1,6	0	0,0
	Depresión moderada	45	28,0	12	19,7	0	0,0	57	25,3
	Depresión leve	96	59,6	46	75,4	3	100,0	145	64,4
	Ausencia de depresión	11	6,8	2	3,3	0	0,0	13	5,8
Total		161	100,0	61	100,0	3	100,0	225	100,0

$P=0,039$ .  $\alpha = 0,05$ .  $GL = 6$ . Chi cuadrado hallado = 14,005. Chi cuadrado de tabla = 12,5916.

*Fuente: elaboración propia.*

**Interpretación:**

$P (0,039) < \text{valor } \alpha (0,05)$  por tanto hay relación estadísticamente significativa entre las variables.

Este resultado se puede corroborar mediante la prueba de nivel de correlación.

**Tabla 13: Prueba de intensidad de correlación entre apoyo social y depresión.**

		Depresión	Apoyo social
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,273*
	Sig. (bilateral)		,041
	N	225	225
Apoyo social	Correlación de Pearson	-,273*	1
	Sig. (bilateral)	,041	
	N	225	225

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

*Fuente: elaboración propia.*

***Interpretación:***

La correlación es de  $-0,273^*$ , es una correlación baja, inversa y significativa al 95% de confianza entre las variables apoyo social y depresión, por tanto se está confirmando la hipótesis planteada que a la presencia de mayores niveles de depresión, se correlacionarán con niveles bajos de apoyo social en pacientes diagnosticados y hospitalizados con una enfermedad oncológica.



## DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo la finalidad de poder establecer la relación entre el Apoyo Social y la Depresión en pacientes hospitalizados del servicio de oncología del hospital Carlos Alberto Segura Escobedo CASE – EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa. Se eligió esta muestra por la alta tasa de incidencia de casos que se presentan con esta enfermedad oncológica y por ocupar el primer lugar como causa de muerte en el país como lo dice el Ministerio de Salud en sus reportes epidemiológicos MINSA realizados en el 2014.

Los resultados obtenidos nos demuestran que si existe relación significativa inversa entre las variables mencionadas reafirmando los conceptos de Roca (1999) que nos afirma que los recursos sociales accesibles y (o) disponibles a una persona, llámese también redes de soporte social encontrados en un contexto de las relaciones interpersonales y sociales influyen tanto en forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso.

Esta percepción del apoyo social se muestra como un factor que aporta en la etiología de estados emocionales como la depresión, además de estar inmerso en los procedimientos clínicos como es el tratamiento de la enfermedad que padecen.

El apoyo social se muestra como una variable que influye en el curso de la enfermedad al generar estados emocionales o ser compatible con estados emocionales como la depresión, así como lo refiere Suarez (2002) al referirnos que uno de los factores que ejerce una significativa influencia en la calidad de vida del enfermo oncológico es la percepción que este realiza de la eficacia del apoyo social que recibe.

De la misma forma nos menciona que el apoyo social se muestra como una variable que actúa en forma directa o indirectamente en la salud, mostrándose también como inductor de la autoeficacia en el afrontamiento con los estresores y como reductor del distres. Suarez (2002), y la depresión se muestran como un estado emocional estresante frente a los desencadenantes, en estos casos, la enfermedad oncológica y su tratamiento clínico.

Los resultados obtenidos respecto a la primera variable, apoyo social, nos evidencian que existe una baja percepción del apoyo social en forma global y en todos sus componentes, esta percepción se evidenció por la falta de participación de las personas que tienen relación de primer grado de consanguinidad como sus familiares directos, en segundo grado están sus amistades siendo la percepción baja, respecto al soporte material, existe una baja percepción del mismo, ellos refieren que de tener las condiciones económicas, hubiesen podido realizar su tratamiento con anterioridad de forma particular, agotando otros tipos de tratamientos, por los tiempos de espera en la atención de su enfermedad, además de la evaluación subjetiva de su entorno familiar con carencias materiales de diversa índole.

De la misma forma este estudio nos permitió conocer la enfermedad desde una perspectiva holística considerando la enfermedad no solamente desde el punto de vista orgánico, sino como una enfermedad integral donde factores personológicos, estados afectivos y contextos sociales se presentan como mecanismos reguladores y moduladores en la iniciación y progresión de enfermedades terminales y consecuentemente en el pronóstico del enfermo como lo asevera Suarez 2002, que refiere que las preferencias actuales al examinar el complejo proceso de la salud-enfermedad, en el hombre desde una vista amplia, consideran las variables psicosociales que al menos como condición necesaria el que deben estar presentes en toda la enfermedad.

Los resultados de la según variable nos demuestran que existe depresión en niveles leves a moderados en la mayor cantidad de pacientes evaluados, este resultado es concordante con las afirmaciones de investigadores como los de Cooper (1986) existe una asociación pre mórbida o relacionada, entre la depresión psicológica y el cáncer, mostrándose como un factor de riesgo, o como síntoma prevalente así como el aumento de este estado emocional en pacientes con cáncer. Otros hallazgos relativos a la repercusión de la depresión psicológica sobre la inmunidad, y sobre la aparición del cáncer, en numerosas oportunidades vinculadas a la primera. Ahora bien podemos considerar que la depresión psicológica a demostrado tener acertadamente un efecto inmunosupresor, es decir, una afectación en el sistema inmunológico, con respecto a su papel en la iniciación del cáncer, curso y tratamiento de la enfermedad. (Suárez, 2002).

Al hablar de depresión psicológica se incluye la llamada depresión mayor y por consiguiente su triada cognitiva constituida por: la percepción de sí mismo como indefenso e inútil, percepción del mundo como hostil y rechazante y percepción del futuro como un fracaso irremediable y desesperanzador. (Suárez, 2002). Y estas aseveraciones influidas por las redes de apoyo social.

Estos estados presentados como la depresión en sus diversos niveles se traducen en una interacción fisiológica dada por un patrón de respuestas que involucra una alta actividad del sistema pituitario adreno cortical, que a su vez provoca incremento de cortisol desde el punto de vista neuroquímico. Este último tiene un efecto inhibitor sobre la actividad del sistema inmunológico y en especial sobre las células Natural Killer (NK), que como es de conocimiento que dentro de sus funciones está el de proteger al individuo contra las infecciones y el cáncer.

De esta manera se podría hipotéticamente asumir el efecto de la depresión asociada a los factores mencionados, sobre la progresión del cáncer. (Suárez, 2002).

Tenemos que considerar que en todo ser vivo, en especial en los humanos, no se puede considerar la iniciación del cáncer en ausencia de la participación directa o indirecta de determinantes sociales o contextuales. (Suárez, 2002).

Cabe mencionar que existen factores psicológicos y sociales que al actuar en relación directa y sinérgica con factores ambientales, conductuales, biológicos-genéticos, endocrinos, inmunológicos, devienen en condición suficiente para iniciar el referido proceso, es decir el inicio de esta enfermedad oncológica. (Suárez, 2002).

Esta investigación nos permite afirmar que existe un fuerte componente de estados depresivos en todos los pacientes evaluados y que están muy relacionados a la falta de apoyo social o redes de soporte emocional y podríamos además afirmar hipotéticamente que las personas con depresión y escasas redes de apoyo social como pacientes de riesgo en la progresión de su enfermedad oncológica y como factores influyentes en el proceso de la salud a la enfermedad y viceversa así como también la participación en estados emocionales negativos como la depresión en sus diferentes niveles según sea la percepción del individuo.

La relación existente entre estas variables en donde se percibe una baja percepción de apoyo social y un nivel de leve a moderado de depresión en estos pacientes con una enfermedad neoplásica, se corroboran con los estudios realizados por Kessler y McLeond (1985) citados por Roca (1999) donde afirman muchos eventos de la vida pueden provocar desórdenes psíquicos

entre ellos la depresión. Estos autores reportan que en pacientes de género femenino, el factor más poderoso que media entre cambios negativos de la vida y la depresión clínica resulta el hecho de mantener o no una relación confidencial íntima con su pareja sea novio o esposo. Las mujeres que no poseen una relación íntima, que experimentan constantemente estrés, tienen casi diez veces más probabilidades de manifestar depresión que aquellas similarmente estresadas, pero que cuentan con un confidente. (Roca, 1999).

Otros estudios relacionados a este tema es decir a la relación entre apoyo social y depresión nos muestran que la depresión en hombres y mujeres coinciden en que mantener una relación confidencial se correlaciona con la presencia de una menor depresión, aunque el confidente no necesita ser del sexo opuesto en algunos casos. En otros estudios también nos refieren que la depresión fue particularmente mayor en las mujeres donde el apoyo emocional e instrumental de los esposos era inadecuado o no existía (Roca, 1999).

## CONCLUSIONES

**Primera:** Se encontró relación significativa entre las variables de estudio, apoyo social y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo CASE – EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa. Confirmándose la hipótesis de estudio que a baja percepción de apoyo social mayor nivel de depresión.

**Segunda:** El nivel de Apoyo Social de los pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica es bajo en un 71,6% repercutiendo en el estado de ánimo de los pacientes.

**Tercera:** Los niveles bajos de Apoyo Social en relación al género, se encuentran en los varones. En relación a la edad, la incidencia de estos valores se hace evidente en adultos mayores de 51 a 60 años. En relación a la ocupación se trata de pacientes donde predomina la condición de jubilados.

**Cuarta:** Los niveles presentados de depresión en pacientes oncológicos se presentan como leve en un 64% y moderada en un 25,3 % y severo en 4,4%, mostrándonos de esta manera la presencia de este estado emocional.

## SUGERENCIAS

**Primero:** Elaborar protocolos de intervención psicológica y la creación de las redes de Apoyo Social dentro del servicio de oncología del Hospital Case-EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.

**Segundo:** Crear redes de Soporte emocional desde los primeros niveles de atención a pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica para amortiguar el impacto de la enfermedad y el desencadenante de estados emocionales como la depresión, ansiedad y estrés.

**Tercero:** Sensibilizar, capacitar y formar al personal Asistencial en relación al Apoyo Social para poder brindar y ser una fuente de soporte frente a la enfermedad en la atención de los pacientes hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Case-EsSalud de la Red Asistencial de Arequipa.

**Cuarto:** Ampliar estudios relacionados a estas variables en otros grupos de enfermedades.

## LIMITACIONES

En esta investigación se evaluaron pacientes de ambos sexos pero la disponibilidad en muchas ocasiones fue negativa por el mismo hecho de padecer una enfermedad oncológica y presentar estados de ansiedad que en otras veces no permitían realizar un buen rapport.

El personal que labora en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa no brindó el apoyo necesario para acceder a los pisos donde se encontraban los pacientes requeridos para nuestra investigación.



## Referencias

- Ballesteros, C. (2003) Introducción al Cáncer aspectos generales. España: Alcalá.
- Beck, A. T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Caballo, V. (2007) Manual Para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. España: Siglo XXI.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). El Cáncer. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Cooper, C. (1986) Estrés y Cáncer. España: Ediciones Díaz de Santos.
- De Cherney A, Pernoll. (2002) M. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. México, D.F: Manual Moderno.
- Espada, J. y Rodríguez, J. (2010) Terapia Psicológica. España: Pirámide.
- Espinosa de los Monteros, M. (2003). Psicología y Hospitalización. España: Alcalá.
- Hernández, R. ( 2014) Metodología de la Investigación. México: Mcgraw-Hill.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Ministerio de Salud. (2016). Datos epidemiológicos. Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>

Aguilar, F. y Quinde, Y. (2015). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-2013. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1115>

Calva, J. y Castro, M. (2015). Niveles de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1116>

Locke, S. (2013) El médico Interior: La Nueva Medicina de la Mente y el Cuerpo. España: Apóstrofe.

MINSA. (2005). Módulo de Atención integral en Salud Mental. Lima: Dirección general de salud de las personas.

Morrison, V. y Bennett, P. (2008) Psicología de la Salud. España: Pearson

Oblitas, L. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Cengage Learning).

Peña, J. (1997) La Familia como Red de Soporte Social. Lima: Editorial CEDRO.

Portilla, C. y Vilches, F. (2011). Investigación de Tesis. Perú: Universidad Católica de Santa María.

Ramírez, M. (2008). Manual Práctico del Trastorno Bipolar. España: Desclee de Brouwer.

Remor, E., Arranz, P. y Ulla S. (2003). El Psicólogo en el Ambito Hospitalario. España:

Desclee De Brouwer

Rodríguez, J. (1995) Psicología Social de la Salud. España: Síntesis.

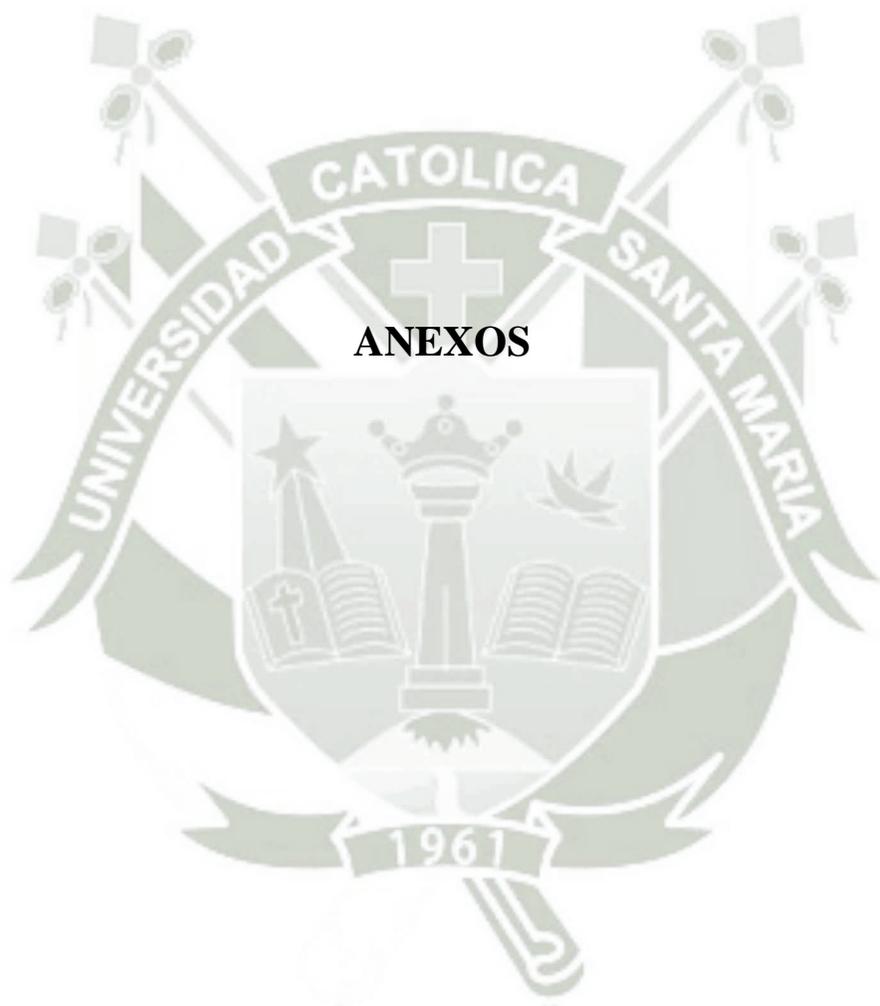
Roca, M. (1999) Apoyo Social: Su significado para la salud humana. Cuba: Félix Varela.

Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos A. (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitiva Conductuales. España: Desclee de Brouwer

Suárez, D. (2002). Personalidad Cáncer y Sobrevida, La Habana: Científico-Técnica.

Sue, D.y Sue, S. (2010) Psicopatología, comprendiendo la conducta normal (9° ed.). USA:  
Cengage Learning





ANEXO N° 1

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE MOSS**

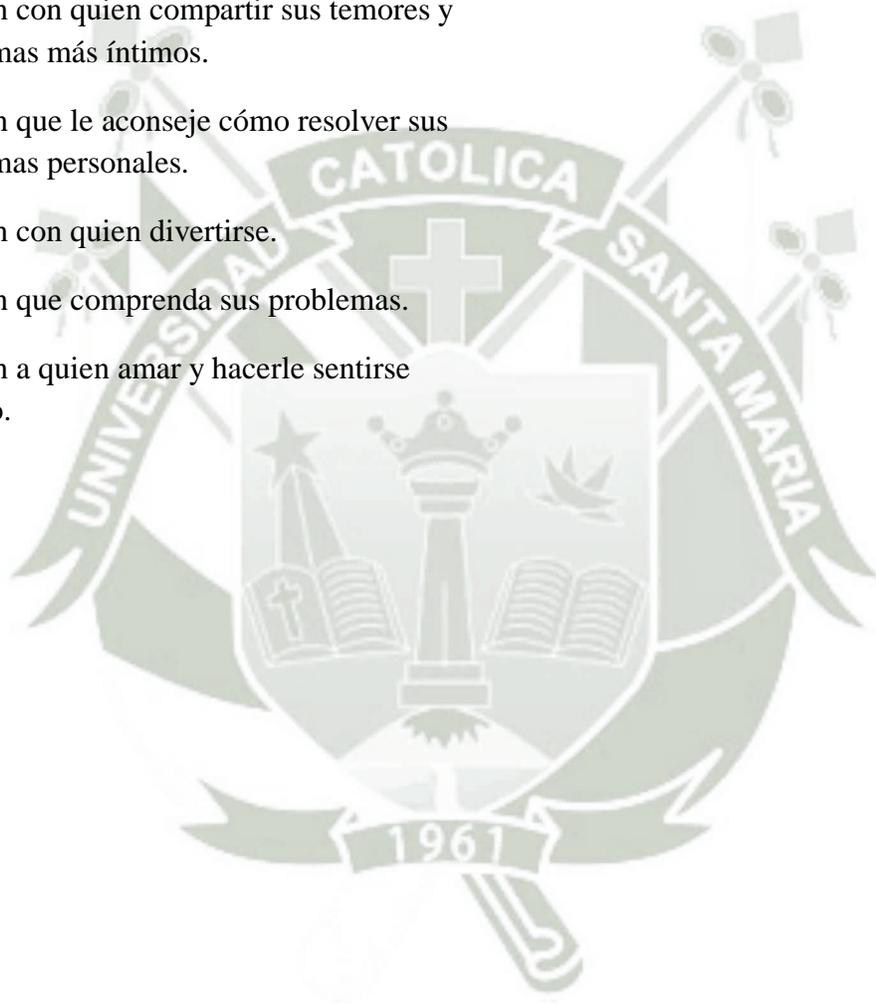
**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** F \_\_\_ M \_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** Soltero  
\_\_\_ Casado \_\_\_ Conviviente \_\_\_ Viudo \_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social o ayuda de que Ud. Dispone:  
Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el N° de amigos y familiares \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

- |   | Nunca | Pocas veces | Algunas veces | La mayoría de veces | Siempre |
|---|-------|-------------|---------------|---------------------|---------|
| 2. Hay alguien que le ayude cuando tiene que estar en la casa                   |       |             |               |                     |         |
| 3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar                        |       |             |               |                     |         |
| 4. Alguien que le aconseje cuando tiene problemas                               |       |             |               |                     |         |
| 5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita                            |       |             |               |                     |         |
| 6. Alguien que le muestre amor y afecto.  |       |             |               |                     |         |
| 7. Alguien con quien pasar un buen rato   |       |             |               |                     |         |
| 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.                  |       |             |               |                     |         |
| 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones |       |             |               |                     |         |
| 10. Alguien que le abrace.  |       |             |               |                     |         |
| 11. Alguien con quien pueda relajarse.  |       |             |               |                     |         |

12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.
18. Alguien con quien divertirse.
19. Alguien que comprenda sus problemas.
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.



## ANEXO N° 2

## Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.
  - No me siento triste
  - Me siento triste.
  - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.
  - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - Me siento desanimado respecto al futuro.
  - Siento que no tengo que esperar nada.
  - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.
  - No me siento fracasado.
  - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
  - Me siento una persona totalmente fracasada.
4.
  - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - No me siento especialmente culpable.
  - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.