



UAI **Universidad
Abierta
Interamericana**

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

TESIS DE GRADO

*“Niveles de Desesperanza y Depresión en cuidadores informales de pacientes oncológicos
de Almirante Brown, Gran Buenos Aires, Argentina”.*

Presentada por

DA SILVA ALEJANDRA BALVINA

Título a Obtener: Licenciatura en Psicología.

Nro de Legajo: B00002839-P1

Tutor: Lic. Sanchez Juan Jose

Sede: Lomas de Zamora **Turno:** Noche

Fecha de Entrega: 02 de Agosto 2021

Agradecimientos

“...El eclipse no fue parcial

Y cegó nuestras miradas

Te vi que llorabas

Te vi que llorabas

Por él...”

A mi madre Olga Araujo, por haber luchado y aún hoy hacerlo demostrando nobleza y calidez a su paso. A mi padre Oscar Da Silva por enseñarme con el ejemplo, la importancia del sostén y la contención. A mi hermano Guillermo y ahijado Noah por bancar cada ausencia con amor.

A Julian por el aguante de todos estos años, por impulsarme e incentivarme siempre a ir por más, por la risa y el abrazo en cada momento.

A mis amigas, Analía, Carla, Eliana, Guadalupe, Julieta y Mariana por abrirme las puertas de su vida, por cada palabra de aliento que supieron darme, por ser apoyo y compartir alegrías y tristezas de esta hermosa carrera y vida. Gracias a Luciana por su incalculable paciencia y compromiso.

Infinitas gracias, a todos ellos por ayudarme a rearmarme cada vez que me desarme en el camino, sin ustedes nada hubiese sido igual.

Por último, pero no menos importante, gracias al Lic. Juan José Sanchez por aceptar ser mi tutor y acompañarme en este proceso con seguridad, experiencia y generosidad, demostrando solidez y calidad como profesional y como persona. Así como también agradezco al Lic. Elgier Angel por su empatía y asistencia.

Resumen

Zúñiga et al. (2009) citando a Beck (1972), conceptualizan la Depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información según.

Mientras que Desesperanza es definida como la tendencia de un sujeto al fracaso, surgiendo entonces la orientación a considerar los problemas como irresolubles y apareciendo dificultades para lograr integrar las experiencias exitosas que pueden contradecir esta visión negativa que la persona tiene de sí mismo (Mikulic et al., 2009).

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar las variables psicológicas Desesperanza y Depresión en 150 cuidadores informales de 18 a 65 años de pacientes oncológicos del partido de Almirante Brown, Gran Buenos Aires, Argentina.

Con la finalidad de dar cuenta del objetivo explicitado, se administró el Inventario de Depresión de Beck II (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery 1979) la Escala de Desesperanza de Beck (BHS, Beck y Steer, 1988): y un cuestionario de variables sociodemográficas.

Los resultados obtenidos expresan que no existe relación estadísticamente significativa entre Desesperanza y Depresión en la presente muestra. Aunque sí se encontró relación significativa entre las dimensiones de las variables. Otros datos obtenidos fueron los altos niveles de depresión de la muestra total, siendo el género femenino el que mayor acreedor de estos niveles.

Palabras clave: depresión, desesperanza, pacientes oncológicos, cuidadores informales, psicooncología.

Abstract

Zúñiga et al. (2009) citing Beck (1972), conceptualize Depression as a series of negative conceptions of oneself, the world and the future, which lead to a series of systematic distortions in the processing of information according to.

While hopelessness is defined as the tendency of a subject to fail, then the orientation to consider problems as unsolvable arises and difficulties appear in order to integrate successful experiences that can contradict this negative view that the person has of himself (Mikulic et al. ., 2009).

The present research aimed to relate the psychological variables Hopelessness and Depression in 150 informal caregivers aged 18 to 65 years of cancer patients from the Almirante Brown district, Greater Buenos Aires, Argentina.

In order to account for the stated objective, the Beck Depression Inventory II (BDI, Beck, Rush, Shaw and Emeri 1979) the Beck Hopelessness Scale (BHS, Beck and Steer, 1988) was administered: and a questionnaire of sociodemographic variables.

The results obtained express that there is no statistically significant relationship between Hopelessness and Depression in the present sample. Although a significant relationship was found between the dimensions of the variables. Other data obtained were the high levels of depression in the total sample, the female gender being the one with the greatest creditor of these levels.

Key words: depression, hopelessness, cancer patients, informal caregivers, psycho-oncology.

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract	3
ÍNDICE	4
Introducción	7
Estado del arte	11
Marco Teórico	15
3.1 Cáncer	15
3.2.Tratamiento	16
3.2.1.Oncología	17
3.2.2. Psicooncología	17
3.3 Cuidador	19
3.3.1. Cuidadores informales de pacientes oncológicos	20
3.4 Desesperanza	21
3.5 Depresión	24
Metodología	29
4.1 Tipo de estudio y Tipo de diseño	29
4.2 Objetivo general	30
4.3 Objetivos específicos	30
	4

4.4 Hipótesis	30
4.5 Muestra y muestreo	30
4.6 Instrumentos de recolección de datos	31
4.6.1 Cuestionario de variables sociodemográficas:	31
4.6.2 Escala de Desesperanza de Beck (BHS, Beck y Steer, 1988):	31
4.6.3 Inventario de Depresión de Beck II (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emeri 1979)	33
4.7 Relevancia y justificación	35
4.8 Procedimiento	36
5. Resultados	38
5.1 Descripción de la muestra según datos sociodemográficos.	38
5.1.1 Según edad	38
5.1.2 Según género	39
5.1.3. Según momento de desempeño de la tarea como cuidador informal	39
5.1.4 Según recepción de instrucción paliativa.	40
5.1.5 Según parentesco	40
51.6 Según situación del paciente	41
5.1.6 Según continuidad de tratamiento	41
5.2 Descripción de la muestra según sus variables	42
5.2.1. Análisis de Depresión	42
5.2.2 Análisis de Desesperanza	42
5.2.3 Análisis de correlación entre Depresión y Desesperanza	44
5.2.3.1 Prueba de normalidad	44
5.2.3.2 Correlaciones	45
	5

5.2.4 Análisis de variables y datos sociodemográficos.	46
5.2.4.1. Depresión y Desesperanza según género.	46
5.2.4.2 Depresión y Desesperanza según Instrucción paliativa	47
5.2.4.3 Depresión y Desesperanza según parentesco con el paciente.	48
6. Discusión	51
Referencias bibliográficas	56
Anexo	63
Solicitud de consentimiento informado.	64
Preguntas sociodemográficas	65
ESCALA DE DESESPERANZA (BECK)	66
BDII - I	68

CAPÍTULO I

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2021) entiende por cáncer un término genérico para un grupo de enfermedades que pueden afectar diferentes partes del organismo, se caracteriza por la acelerada multiplicación de células anormales que se propagan más allá de los límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina “metástasis”. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Como señala Contreras Martínez (2005) la O.M.S define al término salud como un estado completo de bienestar mental, físico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Asimismo según el diccionario de la Real Academia de la Lengua el término calidad sería la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las remanentes de su especie. Es por esto que, frecuentemente el término "calidad de vida" es utilizado por el personal sanitario sin ninguna definición explícita, abarcando elementos muy dispares con objeto de poder cuantificar.

En este momento es necesario destacar en el preciso momento en el que el individuo recibe el diagnóstico de esta enfermedad la sensación de finitud es sumamente cercana. Como seres sociales inmersos en la cultura y por sobre todo en una primera institución desde muy temprana edad, la familia, el diagnóstico de la enfermedad genera un correlato entre los familiares y allegados, ya que para ellos también se pone de manifiesto la cercanía con la muerte, el dolor, el egoísmo de la desaparición física un ser querido, la depresión y la desesperanza ante estas situaciones traumáticas. El tratamiento aún vigente para muchos cánceres conllevarán una fortaleza de gran nivel ya que estos familiares harán las veces de apoyo y en gran parte de los casos de cuidadores informales (Olvera Vergara et al., 2020)

Según Martínez Debs et al. (2019) asumir el rol de cuidador primario de un paciente oncológico, puede significar un cambio repentino para el que no se está preparado y por lo tanto

originar sentimientos de pérdidas, fundamentalmente de las expectativas trazadas antes de la enfermedad del familiar.

Para Cruzado (2013) la Psicooncología, como la Psicología de la Salud en general, forma parte de un sistema sanitario satisfactorio que ha de tener tres objetivos: el primero es la prevención y la promoción de la salud, el segundo la curación de las enfermedades o levemente su control como condiciones crónicas, y el tercero el alivio del sufrimiento, dando así la optimización de la adaptación, calidad de vida y rehabilitación social y psicológica de los pacientes. La atención conveniente a los pacientes oncológicos, y en cualquier otra enfermedad, requiere de una aproximación integral en la que se tendrá en cuenta los aspectos biológicos o físicos, y los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Los tratamientos psicológicos son de suma importancia y necesidad en los pacientes de cáncer y en su entorno familiar, quienes tienen dificultades para hacer frente a los múltiples y variados factores estresores y problemas de calidad de vida asociados al diagnóstico.

Para Amador Ahumada et al. (2020) los cambios psicoafectivos de miedo, ansiedad y depresión se dan porque los cuidadores no se sienten con la capacidad de ofrecer un cuidado óptimo, entre otros factores. Estos elementos alteran la integridad emocional del cuidador informal porque generan sentimientos de impotencia, tristeza y depresión por el hecho de que no comprenden el motivo que lleva a que suceda esto en sus vidas.

Según Reyna García (2021) entiende que aparecen en su salud física dolores musculares, cansancio crónico, disminución en la respuesta inmunológica, alteraciones del sueño o insomnio, y en su salud psicológica se puede ver afectada por la ansiedad, depresión y desesperanza.

Por su parte, Arango et al. (2015) citando a Hur y Kim (2009) identificaron una mayor tendencia a la desesperanza en personas con condición depresiva y por lo tanto, aseguran que estos sujetos experimentan más rabia, hostilidad e impulsividad incluso motora.

Finalmente y considerando las características de esta enfermedad crónica y los estadios por lo que atraviesan no solo los pacientes sino también quienes los acompañan en este proceso, equipo médico conformado integralmente y allegados, surge esta indagación y diversos cuestionamientos ¿los cuidadores informales de pacientes oncológicos tienen altos niveles de desesperanza y depresión? ¿La depresión y la desesperanza se relacionan de manera directa? ¿Existen diferencias entre aquellos cuidadores informales que recibieron instrucción paliativa y quienes no?

CAPÍTULO II

1. Estado del arte

Es preciso destacar que a la hora de abordar investigaciones previas sobre el tema propuesto, se encuentran diversos estudios que lo tratan desde distintas perspectivas.

En la investigación de Galán López (2020) sobre las Estrategias de afrontamiento, desesperanza y funcionalidad familiar en pacientes paliativos y su relación con la calidad de vida medida a través de Rotterdam Symptom Checklist asistidos por la Unidad de Atención Médica a Domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín y Unidades Nivel 2 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social residentes en Quito y Sangolquí periodo 2019 encontró que las condiciones biológicas de los pacientes en cuidados paliativos los vuelve susceptibles de padecer limitaciones sociales, psicológicas y comportamentales que modifican la calidad de vida del paciente paliativo. El objetivo era identificar las estrategias de desesperanza, afrontamiento y funcionalidad familiar en pacientes paliativos y su relación con la calidad de vida, se halló que obtuvieron menor calidad de vida los que menos uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y más uso de estrategias desadaptativas adoptaron, al igual que el grupo con disfunción familiar severa y desesperanza quienes requieren de psicoterapia cognitivo conductual y seguimiento.

Es fundamental para Molina Sanmartin (2020) destacar que la ansiedad y la depresión suelen ser los principales síntomas y que pueden estar acompañados de pérdida de apetito, sentimientos de soledad, desesperanza, impotencia, ira, culpa, alteraciones del sueño, irritabilidad. En su análisis de la investigación titulada “Calidad de vida en cuidadores informales de enfermos en estado terminal” explica, por ejemplo la frecuencia de nombramiento de síntomas de manera general, generando valores estadístico y mediante los cuales se puede interpretar, que la mayor repercusión con un 23%, son los sentimientos de miedo por el futuro y por no ofrecer un buen cuidado, a este le sigue, la presencia de depresión 18%, seguido de la presencia de ansiedad 15% y con menos frecuencia 2% encontramos a la presencia de otros sentimientos negativos como son:

frustración sentimientos de pérdida, poca satisfacción con su vida, resentimiento, pérdida de autoestima, desesperación, sentimientos de fracaso, soledad y apatía.

En la investigación sobre las relaciones entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos de Murguía et al. (2020) se cito a Tang et al., (2013) quienes exponían que las variables identificadas como riesgo para los cuidadores, se describen en primer lugar el sexo, siendo el femenino quien tiene mayor probabilidad de presentar depresión, estrés, dificultades para adaptarse a la enfermedad y cambios de roles, mayores niveles de alteraciones en el sueño, dolor muscular y problemas para transportar al paciente, que el sexo masculino.

Otro antecedente es el estudio de Cortijo-Palacios et al. (2019) en torno a la comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad los resultados arrojados fueron un perfil típico a lo informado para cada población de cuidadores. En el grupo de cuidadores principales de pacientes oncológicos se observó superiores niveles de ansiedad, estrés, depresión y sobreesfuerzo con respecto al grupo de cuidadores de pacientes psiquiátricos. Así como también se encontraron diferencias significativas entre las evaluaciones psicoeducativas de ambos grupos en las evaluaciones de estrés, ansiedad y depresión. Por lo tanto los designados tiempo de cuidado e implementación psicoeducación pueden influir en la prevalencia de trastornos afectivos como el estrés, la ansiedad y la depresión mediante programas los cuidadores principales, tanto de pacientes psiquiátricos como con cáncer en estadios desarrollados de la enfermedad.

En la investigación citada aquí los pacientes con autoestigma presentaron una mayor presencia de ideación suicida en el último año, mayor número de tentativas suicidas previas, mayor desesperanza y depresión, menor autocompasión, mayor autoestima, y con tendencia a la significación, más antecedentes de tentativas suicidas y de autolesión deliberada. Se llegaron a deducciones como; la asociación entre autoestigma y mayor depresión, desesperanza y riesgo

suicida sugiere la necesidad de evaluar metódica y sistemáticamente el autoestigma (González et al.,2018).

En el estudio en cuanto a la Percepción de los cuidadores informales, frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta, en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al Centro Javeriano de Oncología (CJO), durante el periodo de junio y julio del año 2016 de Calderón Rocha et al. (2016) se logró identificar que las personas que desempeñan el rol de cuidador informal de una persona en cuidado paliativo experimentan sentimientos como el amor, la desesperanza, el sufrimiento, la tristeza y la preocupación, además de los cambios en su economía, viéndose afectada como consecuencia del desempeño del rol, ya que tienen que suspender o modificar su actividad laboral de la cual solían adquirir ingresos económicos. Es por esto que para los cuidadores informales es importante contar con una red de apoyo sólida.

Los estudios de Allen et al. (2013), dejan en evidencia que los diagnósticos de depresión en los cuidadores de pacientes, pueden ser resultado de la evolución y elaboración posterior del duelo. En los resultados obtenidos más del 50% de los cuidadores presentaban puntuaciones estadísticamente significativas de depresión clínica al año de la pérdida. Por lo que las puntuaciones de la complicación del duelo y depresión se manifestaban de manera más significativa al año del fallecimiento del paciente y cuanto menos años habían estado escolarizados los dolientes. Mientras que la edad y el deterioro de los pacientes, se convierten en uno de los predictores de la complicación del duelo y de peores puntuaciones clínicas de depresión después de la muerte del paciente respectivamente. Los pacientes más jóvenes y con peor deterioro son los que favorecen peor ajuste de sus familiares cuidadores.

CAPÍTULO III

2. Marco Teórico

3.1 Cáncer

Cabrera Macías et al. (2017) sostienen que la procedencia del término cáncer se remontan al griego antiguo, *karkinos*, que significa cangrejo, palabra que ya se utilizaba desde los tiempos de Hipócrates para nombrar ciertos tumores, debido al parecido que el médico observó entre las lesiones y la forma de este crustáceo.

El cáncer forma parte de las enfermedades crónicas, estas tienen como particularidad determinada, justamente y principalmente la cronicidad, siendo conscientes de parte importante de sus impactos sobre las personas que con ellas viven. Esta condición impone principalmente lidiar de forma permanente con ella en los espacios psíquico, físico y simbólico de la individualidad; aunque también demanda de forma obligatoria trascender dicha individualidad, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana. Las ocupaciones, las relaciones interpersonales en general, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan. Por lo tanto, son los/as compañeros de trabajo, los/as amigos/as, los familiares y la pareja quienes se convertirán en los principales, actores, testigos y convivientes de mencionados procesos (Ledón Llanes, 2011).

Según García et al. (2016) el cáncer no es una patología sino muchas patologías. El término cáncer es una palabra utilizada para referirse a más de 200 entidades diferentes. Es en esencia un trastorno genético que está caracterizado por el desequilibrio de la proliferación celular y los mecanismos normales de muerte celular, lo que desencadenará el desarrollo de clones capaces de invadir y destruir los tejidos, así como también expandirse por los órganos provocando el deterioro de las funciones y conduciendo a la muerte.

Para la Organización Mundial de la Salud (2021) el cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales en un proceso de varias etapas que suele residir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas alteraciones son el resultado de la interacción entre factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, denominados en primer lugar como carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes. Cancerígenos químicos, como el amianto, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y el arsénico (contaminante del agua de bebida), y finalmente carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos.

Como problema clínico es necesario expresar que no existen manifestaciones típicas de cáncer. Los signos dependen de la localización y volumen del tumor primario, sus efectos a distancia por la presencia de enfermedad metastásica o la acción de las sustancias que libera la masa y que alteran la función de órganos distantes (síndromes paraneoplásicos) (García y Gómez, 2010).

3.2.Tratamiento

El diagnóstico correcto de cáncer es de suma importancia para un tratamiento adecuado y eficaz, entendiendo que cada cáncer requiere un tratamiento concreto. Generalmente, el tratamiento consiste en radioterapia, quimioterapia y/o cirugía. Para ello, definir los objetivos del tratamiento es un paso importante y primordial. Siendo el objetivo principal es curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable y mejorar la calidad de vida del paciente. Esto se puede lograr apoyando el bienestar físico, psicosocial y espiritual del paciente y mediante, por ejemplo, cuidados paliativos en las etapas terminal (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Para García y Gómez (2010) la elección de la terapia obedece a factores atribuibles al profesional médico, como sus preferencias terapéuticas, limitaciones impuestas por su conocimiento y experiencia, o disponibilidad de recursos técnicos e infraestructura. En concreto, el tratamiento de un sujeto específico debe individualizarse desde una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios potenciales de la terapia.

3.2.1. Oncología

Los autores García y Gómez (2010) sostienen que el objetivo principal del tratamiento oncológico es la curación o erradicación de la afección. A pesar de ello, a menudo la curación sólo puede presumirse y se demuestra con el tiempo entre los pacientes de un grupo determinado, cuando las curvas de supervivencia son paralelas entre los enfermos y una población sana y comparable.

Asimismo, para Sanz y Modolell (2004) el tratamiento del cáncer es algo más que salvar la vida del enfermo. Existe un 45% que no pueden ser curados, pero tanto ellos como sus allegados tienen que ser cuidados y asistidos durante la evolución del proceso.

En cuanto al diseño del tratamiento del paciente individual es necesario precisar el objetivo terapéutico y examinar teniendo en cuenta ciertos factores inherentes al enfermo, como edad, sexo, ocupación, lugar de residencia, condiciones comórbidas o estado funcional. Los factores propios del tumor incluyen tipo histológico, grado de diferenciación, tamaño tumoral, expresión de ciertos receptores. En última instancia, los factores relacionados con el tratamiento son su efecto sobre la calidad de vida, el índice terapéutico de cierto esquema quimioterapéutico y los riesgos anestésicos y quirúrgicos (García y Gómez 2010).

3.2.2. Psicooncología

Para Cruzado (2013) la Psicooncología, consiste en la aplicación y la investigación psicológica del cáncer. La misma se inició en España hace unos 30 años y ha alcanzado un notable desarrollo. En el presente existe un gran número de profesionales de la Psicooncología que ejercen en hospitales y centros públicos y privados.

Arbizu (2000) define a la psicooncología como una disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia

e investigación. El modelo “biopsicosocial” de salud se aplica tanto en la investigación como en la asistencia. Son múltiples los estudios, dentro de la psicooncología, que intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. Las posibilidades de tratamiento de la psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: información, prevención al paciente, preparación para la hospitalización y para el tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad.

Entendiéndose así que el objetivo central de la Psicooncología , es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y del equipo oncológico. El campo de estudio incluye: cuidado clínico, prevención, consejo genético, respuesta normal y adaptación, comunicación de malas noticias, distrés psicosocial y manejo de trastornos psicológicos relacionados con la enfermedad (de Jesus Almanza Muñoz, 2001).

Es menester la atención psicológica y social para los pacientes de cáncer son muy variadas. Todos ellos han de disponer de una adecuada comunicación, información y apoyo psicológico por parte de todos los miembros del equipo sanitario. Muchos, además de eso, precisan de counselling, psicoeducación o entrenamiento en relajación. Finalmente, al menos una tercera parte de los pacientes con cáncer requieren terapias psicológicas o psiquiátricas, sobre todo si son personas con vulnerabilidad psicológica previa (Cruzado, 2013).

Retomando la acción referida a la comunicación, el mismo autor explica que el ejercicio de la misma es una experiencia biográfica vital, por cuanto es el nutriente por excelencia que hace posible la adaptación y el desarrollo humano como individuo y como parte de la especie. Comunicarse “bien”, asegura que ese desarrollo transcurra en condiciones favorables (Cruzado, 2013).

Cabe decir que se entiende como cuidados paliativos a la acción no de curar el cáncer, sino aliviar los síntomas que causa y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Estos

cuidados pueden ayudar a las personas a vivir más cómodamente (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Cruzado (2013) sustenta que son eficaces los grupos para los familiares del enfermo con cáncer, formando parte activa de estos tratamientos grupales, con o sin el enfermo, según se plantee el grupo, y aquéllos para los profesionales sanitarios trabajando en oncología.

3.3 Cuidador

Cuidar implica dedicación, compromiso, conocimiento, experiencia, afecto, responsabilidad, vigilancia y preocupación. Es por esto que resulta necesario analizar algunas características del cuidador informal que serán factores determinantes en el proceso de cuidado para brindar un desempeño eficaz y oportuno, que estará centrado en las necesidades de los sujetos cuidados, con el fin de promover la salud, prevenir la aparición de complicaciones, evitando así el deterioro de la salud y de la calidad de vida (Rocha et al., 2012).

Según Adamuz García et al. (2018) denominan cuidador a la persona que se encarga de realizar cada una de las tareas que sea de necesidad del paciente. Se pueden encontrar dos tipos de cuidadores, los formales, que serán personas contratadas y que recibirán remuneración para realizar los cuidados del paciente sin tener un vínculo sentimental o de parentesco con él. Por otro lado los cuidadores informales, que poseen un vínculo emocional o familiar (familiares, amigos, etc) con el enfermo y por esta misma razón se encargaran de cuidar y satisfacer las necesidades de su ser querido.

Finalmente se define al cuidador como primario a aquella persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta. Al respecto, cabe explicitar la diferenciación con los denominados cuidadores secundarios, dado que estos no poseen una relación directa o vínculo

cercano con el paciente; puede tratarse de una enfermera, asistente, trabajador social, familiar lejano o cualquier persona que trabaje en una institución prestadora de servicios de salud (Ruiz et al., 2010).

Para Chávez Herrera (2020) los cuidadores informales tienen como derechos, conocer el pronóstico de la enfermedad del paciente y todo aquello que esté relacionado con la enfermedad y que otras personas participen de este cuidado. Debe tener acceso a la enseñanza sobre el cuidado del paciente y a tener tiempo para interiorizarla. Tiene derecho a según sus capacidades y las del paciente, buscar soluciones. Otorgar tiempo a actividades de descanso y placenteras, sin experimentar sentimientos de culpa.

Espinoza Miranda y Jofre Aravena (2012) afirman que se estima un 88% del total de cuidados prestados corresponde a cuidados de tipo informal y las condiciones en que se desarrollan estas actividades diarias del cuidador informal, lo dejan como un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario.

También se sabe que la mujer es cuidadora por excelencia y aporta un invisible, importante e invalorado rol como agente de salud, como cuidadora informal para su familia y para la sociedad, es ella quien toma decisiones relacionadas con el cuidado del paciente y asume además multiplicidad de roles (Vaquiro Rodríguez et al., 2010 citando a Valenzuela et al., 2001).

3.3.1. Cuidadores informales de pacientes oncológicos

Los calificados cuidadores informales de pacientes oncológicos se encuentran expuestos a una serie de disfunciones emocionales, físicas y psicológicas, que serán semejantes a las de la persona a la que cuidan ya que esta enfermedad afecta a la persona que la posee, a su entorno familiar y a su cuidador. El cuidador informal se encargará de las necesidades del paciente y esto dará como resultado que el cuidador pierda sus relaciones y las actividades sociales y se deteriore su salud física y mental (se sienten emocionalmente obligados a responder al enfermo). Estos

cambios harán que disminuya su calidad de vida favoreciendo la aparición de consecuencias negativas del cuidado como, depresión, ansiedad. Por lo tanto, si un paciente presenta diversos síntomas, angustia, dolor, miedo, estos también podrán aparecer en el cuidador informal e incluso de intensidad mayor. (Adamuz Garcia et al., 2018).

En lo que respecta a Cruzado (2013) asumir el rol de cuidador aporta una fuente de satisfacción para quien lo lleva a cabo, pero puede tener el riesgo de pérdida de otras relaciones familiares, sociales y de ocio, de modo que los cuidadores pueden presentar problemas de salud física: peor salud global, decrecimiento en el sistema inmune, alteraciones cardiovasculares, así como estados emocionales negativos, depresión, ansiedad e ira y trastornos de salud mental.

El autor plantea distintos problemas que podrían darse en torno al contexto familiar, por ejemplo, en la pareja como cuidadora informal de pacientes oncológicos podrían aparecer síntomas de ansiedad, tristeza, problemas de insomnio o fatiga, y miedo a expresar abiertamente temores y preocupaciones. En hijos adultos aparecen cambios en la toma de decisiones y planificación, así como también en las habilidades de cuidados. Sentimientos de culpabilidad por entender que no atienden debidamente las necesidades del paciente esto último tiene que ver con dificultades al tener que brindarle apoyo a quien tradicionalmente lo apoyaba a él (Cruzado, 2013).

3.4 Desesperanza

Para Mikulic et al. (2009) la desesperanza implica una orientación del sujeto hacia el fracaso, apareciendo la tendencia a considerar los problemas como irresolubles y surgiendo ciertas dificultades para poder integrar las experiencias exitosas que pueden contradecir esta visión negativa que la persona tiene de sí mismo.

Según Frankl (1997) citado por Garcia-Alandete et al.(2009) el logro de sentido se asocia positivamente a la percepción y vivencia de libertad; autodeterminación y responsabilidad;

cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, de sí mismo y del futuro; y autorrealización. Cuando no se alcanza el logro existencial se genera una frustración que se podría asociar a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; un vacío existencial que se expondría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. La desesperanza por causa existencial puede acarrear riesgo suicida y más en sujetos cuyas condiciones personales de salud social, física y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero que sí se experimenta el logro mismo de sentido.

Clarke y Kissane (2002) hallaron que la desesperanza está relacionada con las consecuencias negativas sobre la enfermedad física y mental.

Para Kubler Ross (1969) la esperanza es una respuesta esencial que se mantiene a lo largo de todo el proceso y que aparentemente no se contradice con la aceptación y comprensión de la realidad, al respecto señala que proporcionar esperanza es de una gran utilidad y que permite mantener buenos niveles de confianza con el enfermo y evitar la sensación de desamparo y abandono.

Entonces la esperanza, relacionada con el sentido de la vida y por contraposición con la desesperanza, podría definirse como una expectativa mayor que cero en cuanto a alcanzar un logro de sentido, como “la disposición interna respecto del futuro al cual se ve como campo para la realización de valores. Es la fuerza que nos capacita para alcanzar rendimientos que, de no ser por ella, nunca alcanzaríamos”. (Pérez Soto y Guberman, 2005).

Actitudes para una auténtica apertura a la esperanza son: el optimismo, la acogida del otro, escuchar al otro y comprenderlo, así como aceptarlo en su globalidad. La relación representa el desarrollo de un encuentro entre dos personas que tienen dignidad, entonces, antes de ser y delinearse en su dimensión psicológica y social,. (Fizzotti, 2014)

En relación con esto, Grygielski (1984) halló una relación negativa, estadísticamente significativa, entre sentido de la vida y la desesperanza, la cual implicaría no poseer de manera

definida y clara un proyecto vital, unas metas y objetivos existencialmente motivadores de manera significativa como expresión del logro de sentido; en otras palabras, la falta de sentido de la vida correlaciona significativamente con la desesperanza.

Los autores García Alandete et al. (2009) afirman que la desesperanza desde la perspectiva cognitiva tuvo su origen en modelos de vulnerabilidad-estrés, que en la actualidad es un constructo independiente, no solamente asociado a la depresión sino también a otros constructos psicológicos no necesariamente referidos a un trastorno. Así mismo los autores afirman que la desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, por cuanto forma parte de las distorsiones cognitivas características de personas con depresión y con ideaciones suicidas. En su análisis, la desesperanza está relacionada en el modelo desarrollado por A. T. Beck y sus colaboradores, con sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, correlacionando significativamente con ideaciones y tendencias suicidas: a mayor nivel de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideaciones suicidas y mayor probabilidad, por tanto, de materializar una conducta suicida (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1984; Quintanilla, Haro, Flores, Celis & Valencia, 2003).

Según Tovar et al. (2011) la medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y colaboradores con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) ateniéndose al modelo propuesto por Stotland (1969) quien la entiende como un entramado de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree primeramente, que nunca podrá salir adelante por sí mismo; en segundo lugar que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; tercero que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y finalmente que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida.

Para Stotland (1969) luego de una búsqueda exhaustiva, aun a pesar de que muchos clínicos creen que la desesperanza es muy desdibujada para evaluarla sistemáticamente, hay suficiente

consenso para construir un instrumento que evalúe las actitudes negativas que se refieren a sí mismo y al propio futuro. Beck y sus colaboradores construyeron el instrumento anteriormente nombrado a partir de enunciados pesimistas sobre el futuro que fueron seleccionados de las descripciones realizadas por pacientes psiquiátricos sobre pensamientos desesperanzados. Estas afirmaciones se escogieron para reflejar un amplio espectro de posturas negativas acerca del futuro que los pacientes mencionan frecuentemente.

3.5 Depresión

Según Cardoso et al. (2005) todos los seres humanos tenemos, alguna vez en la vida, experiencias de tristeza, luto o melancolía. Esto es normal. Sufrimos pérdidas, crisis y dolor. Hay momentos así a lo largo de nuestras vidas, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podríamos sufrir de depresión. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos.

En este sentido Guadarrama et al. (2006) citando a Escobar (2004) expone que la depresión es una condición que fue reconocida clínicamente por los antiguos griegos, aunque no fue hasta mediados del siglo XX que se iniciaron estudios sobre los neurotransmisores involucrados, estudios que aportaron conocimientos esenciales para el tratamiento exitoso de la depresión. Se considera una de las formas más comunes de enfermedad mental en la población en general. A grandes rasgos la prevalencia es del 15%, la asociación que mantiene con morbilidad y mortalidad es sustancial y expone una gran carga tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. De acuerdo con datos recientes la depresión es la quinta causa de discapacidad en el mundo y es alrededor del 4% de la carga total de enfermedades en el mundo (Baldwin 2002 citado por Guadarrama et al., 2006).

Cómo define Morrison (2015) en el *DSM-5* la depresión es la presencia de ánimo deprimido o la pérdida del interés o placer en todas las actividades por un período de al menos dos semanas; para realizar el diagnóstico de este trastorno, la persona debe presentar 4 síntomas cognitivos y somáticos adicionales, los cuales deben producir deterioro o malestar significativo.

Para Beltrán et al. (2012) la depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas. Así mismo citando a Lakdawalla et al. (2007) explican que la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. La teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos.

Según Jorge (2011) en cuanto a las características que Beck atribuye al pensamiento distorsionado del depresivo, nos dice en primer lugar que es ilógico o irracional: “El paciente depresivo muestra ciertos patrones de pensamiento ilógico. Los errores sistemáticos, que conducen a la distorsión de la realidad, incluyen interpretaciones arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, exageración y categorización incorrecta” (Beck, 1970, p. 285). El depresivo no es capaz de discurrir ajustándose a principios lógicos, al menos en lo que concierne a situaciones o hechos con implicaciones personales. Esto hace que tenga una visión sesgada de la realidad, interpretándose en términos negativos. En estrecha relación con esta característica se encuentra la segunda, a la que antes nos referíamos: la pérdida de objetividad. Los sucesos vitales son vistos desde un ángulo estrictamente subjetivo, realizándose toda explicación alternativa o evidencia contradictoria. En tercer lugar, el pensamiento del depresivo es automático, involuntario y

perseverante: por último, Beck y sus colaboradores (1979) califican el pensamiento depresivo de primitivo e infantil, atribuyéndole unos rasgos que contraponen a los propios del pensamiento maduro de un sujeto adaptado: primeramente, global y categórico, carece de matices; y también un lugar moralista y absolutista, no admite relatividad alguna en sus juicios de valor; como así se manifiesta invariable, independiente de las circunstancias; basado en el propio carácter, al que atribuye el origen de todas sus calamidades. Finalmente la postura es irreversible, negando toda posibilidad de cambio. Esta caracterización nos permite establecer ciertos paralelismos con la concepción freudiana del inconsciente, refiriéndose a esta instancia, Freud (1915) citado por Jorge (2011) afirmaba que los caracteres que esperamos encontrar en los procesos pertenecientes al sistema inconsciente son la falta de contradicción, el proceso primario (movilidad de las cargas), la independencia del tiempo y la sustitución de la realidad exterior por la psíquica. (Freud, 1973, p. 2073 citado por Jorge, 2011)

La depresión es un grave trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo y el emocional-fisiológico de la persona (Beck, 1970). Las estadísticas indican que es uno de los trastornos más frecuentes que afecta, en mayor medida, a las mujeres (Wu & Anthony, 2000 citado por Rivas y Capilla, 2002). Presenta una alta comorbilidad con un gran número de trastornos y se puede afirmar que afecta a las áreas vitales de la persona como un todo, causando un grave deterioro y altos niveles de sufrimiento (Alvarez Cervero, 1985). La depresión se ha constituido como un grave problema de impacto psicosocial, lo que la convierte en una importante área clínica.

Arango et al. (2015) cita a Sherman et al. (2010), quienes encontraron que la consideración de la vida, que mide el sentido de la vida, se asocia positiva y significativamente con la salud mental. Los predictores de salud física y mental están significativamente influenciados por el sentido de la vida. De esta manera, queda en evidencia la influencia de la sintomatología depresiva sobre este aspecto. Así, los autores indican que, existe una relación significativa con niveles bajos de satisfacción con el significado de vida a mayores índices de depresión. Por lo tanto este

recorrido da cuenta de una falta de significado y crean condiciones para otros estados emocionales negativos y para la depresión.

Siguiendo lo expuesto por Arango et al. (2015) la logoterapia entiende a la depresión como las alteraciones que corresponden a las dimensiones biológicas, psicológicas y espirituales de una persona . Se menciona que la depresión tiene tres formas: la endógena la cual no tiene una causa externa manifiesta, la reactiva obedece a una causa externa y la noógena que se define como aquella depresión en la que la persona padece una frustración espiritual-existencial, que no le permite ser su mejor ser (Lukas 2001 citado por Arango et al. 2015).

CAPÍTULO IV

3. Metodología

4.1 Tipo de estudio y Tipo de diseño

Este estudio realiza un plan de investigación cuantitativo. Utilizando el tipo de estudio denominado ex post-facto, el cual permite una búsqueda sistemática y empírica no teniendo el investigador control sobre las variables independientes pues los acontecimientos ya se manifestaron o son intrínsecamente manipulables. Es decir, son investigaciones donde el fenómeno o situación objeto de análisis no se modifica pues primero se produjo el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias (Carrasco y Caldero Hernández, 2000 citado por Cancela Gordillo et al., 2010) Desde la clasificación de los estudios Ex post facto (Cancela Gordillo et al., 2010) se realizan dos niveles de análisis 1- Estudios descriptivos y 2- estudios correlacionales. Estos se encuentran a continuación:

1. Estudios descriptivos:

El análisis de estudios descriptivos permiten, por un lado, percibir la muestra (medidas de tendencias central: media, medidas de dispersión. desvío estándar, y frecuencia: porcentaje) a través de las preguntas sociodemográficas y por el otro lado, describir los ítems la tendencia central y la medida de dispersión.

2. Estudios correlacionales:

Los estudios correlacionales comprenden aquellos estudios interesados en evaluar las relaciones existentes entre las dimensiones de diferentes escalas, utilizando los coeficientes de correlación.

4.2 Objetivo general

Indagar la relación entre los niveles de Desesperanza y Depresión en cuidadores informales de pacientes oncológicos de Almirante Brown, Gran Buenos Aires, Argentina, durante el primer semestre del año 2021.

4.3 Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra, según variables sociodemográficas.
- Describir los niveles de Depresión en cuidadores informales de pacientes oncológicos
- Describir los niveles de Desesperanza en cuidadores de pacientes oncológicos.
- Comparar en variables planteadas diferencias contemplando datos sociodemográficos (cuidadores en la actualidad-hace años, género, informados de cuidados paliativos y no, paciente vivo y no).
- Asociar Desesperanza y Depresión.

4.4 Hipótesis

- a) Existe una relación positiva entre Desesperanza y Depresión.
- b) El género femenino posee mayores niveles de Depresión.
- c) El grupo que no recibió instrucción paliativa posee altos niveles de Desesperanza.

4.5 Muestra y muestreo

Se tomó una muestra no probabilística; cuando no es posible el diseño probabilístico (de la población se extrae cada unidad que la integra con una probabilidad conocida y distinta a cero) o en primera instancia se sabe que no podrá realizarse, se recurre a las muestras no probabilísticas.

Según un muestreo subjetivo por decisión razonada: las unidades de la muestra se eligen en función de algunas de sus características, el proceso de elección se realiza aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección de forma causal (Corbetta, 2007).

La muestra se conformó por individuos definidos como cuidadores informales de pacientes oncológicos, de la provincia de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, partido de Almirante Brown, Argentina.

El muestreo se compuso por 150 hombres y mujeres, con una edad entre 18 y 65 años.

Criterio de inclusión: haber sido o ser cuidador informal de un paciente con una enfermedad oncológica, residir en el partido de Almirante Brown , Gran Buenos Aires. Tener entre 18 y 65 años.

Criterio de exclusión: No haber sido ni ser cuidador informal de un paciente oncológico, no residir en el partido de Almirante Brown. Tener menos de 18 años o más de 65 años.

4.6 Instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Cuestionario de variables sociodemográficas:

Preguntas sociodemográficas relativas a: edad, género, fueron o son cuidadores informales, hace cuanto tiempo, recibieron instrucción de cuidados paliativos, qué relación tuvieron/tienen con el paciente, el paciente vive o no, se encuentra en tratamiento o no.

4.6.2 Escala de Desesperanza de Beck (BHS, Beck y Steer, 1988):

Su autor es Aaron Beck, la versión original Beck, A., Steer R. Psychological Corporation (1988), mientras que la actual versión de la Escala de Desesperanza BHS, tiene su adaptación por Mikulic et al. (2009) la misma está compuesta por 20 proposiciones definibles por verdadero o

falso que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo. La forma de aplicación es Individual y colectiva, el tiempo de aplicación de 10 minutos en promedio y la edad de aplicación a partir de 16 años, Propone la evaluación de la desesperanza (pesimismo) uno de los componentes de la triada cognitiva del modelo de la depresión de Beck.

La evaluación se realiza con una clave de corrección que permite sumar los puntos de coincidencia con el protocolo que reciben un punto. Las respuestas que no son contestadas o que son contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje 0 y la sumatoria de los puntajes brutos puede oscilar entre 0 y 20.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F	V	F	V	F	F	V	F	V	F
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
V	V	F	V	F	V	V	V	F	V

En relación a los factores identificados, el primer factor está constituido por los ítems 16, 9, 20, 17, 11, 12, 14, 2 y 7; el segundo factor por los ítems: 15, 5, 1, 18, 8, y 10; y el tercero por los ítems: 3, 13, 6, 19 y 4. El factor 1 se corresponde con lo que Beck (1974) llama “falta de motivación”; el segundo con la variable “expectativas futuras” y el tercero con la variable “sentimientos respecto al futuro”. La estructura encontrada es similar a la obtenida en varios estudios realizados con diferentes poblaciones clínicas..

Este instrumento es uno de los más utilizados en el ámbito clínico por su relevancia en el estudio y tratamiento de la depresión, así como por su capacidad para predecir la ideación y el intento de suicidio. Es por esta relevancia que este instrumento ha sido adaptado en una gran

variedad de países (Hanna et al., 2011; Madeira et al., 2011; Mystakidou et al., 2008 citado por Hermosillo-De la Torre et al. 2020).

El BHS solo estima la severidad de la desesperanza, por ello es clínicamente importante prestar atención a otras facetas del funcionamiento psicológico particularmente a los niveles de la depresión y la ideación suicida. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck y Steer (1988): de 0 a 3, Rango normal o asintomático; de 4 a 8, Leve; de 9 a 14, Moderado; y de 15 a 20, Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

4.6.3 Inventario de Depresión de Beck II (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emeri 1979)

El nombre del test es Inventario de Depresión de Beck II (BDI- II) y la denominación del test en su versión original es Beck Depression Inventory- Second edition (BDI- II) 1996, su autor es Aron T. Beck, Robert A. Ster y Gregory K. Brown y el autor de la adaptación española: Jesus Sanz y Carmelo Vazquez, en colaboración con el departamento de I+D de Person Clinical and Talent Assessment España: Fredericke Varial, Elena de la Guia y Ana Hernandez 2011.

El inventario de depresión de Beck segunda edición (BDI- II) constituye un instrumento de autoinforme. El mismo se compone de 21 ítems y la finalidad es medir la severidad de la depresión tanto en adultos, como en adolescentes a partir de los 13 años.

La fiabilidad del instrumento, se basa en las puntuaciones alcanzadas en la consistencia interna. De esta manera, se puede afirmar que dichos coeficientes son altos, pues arrojan valores superiores a 0.85, similares a los que se reportan en el estudio con la versión original del BDI-II. En tal sentido, un estudio realizado con el test original obtiene una correlación test-retest altamente elevada, es decir de 0,93. La muestra está formada por 26 pacientes y el intervalo entre aplicaciones es de una semana.

La administración del test BDI-II, puede ser tanto de forma individual como colectiva, con formato de papel y lápiz o de manera oral. En este sentido, se requiere entre 5 a diez minutos de tiempo para lograr completarlo; aunque los pacientes que presentan depresión grave o trastornos obsesivos, tienden a tardar un poco más para completarlo. Las instrucciones para el BDI-II indican que los evaluados seleccionen las afirmaciones que le son más características en un período reciente comprendido en las últimas dos semanas, incluyendo el día presente, a la luz de ser consistente con los criterios emanados del DSM-IV para la depresión mayor. Así también, cada ítem se responde en una escala de cuatro puntos, de cero a tres, excepto los ítems dieciséis (cambios en el patrón de sueño) y dieciocho (cambios en el apetito) que contienen siete categorías. En caso que una persona seleccione varias categorías, se toma la categoría que comprende la puntuación más alta, de esta forma vale destacar también que la puntuación mínima es cero y la más alta es sesenta y tres. El formato de los ítems se distingue por asumir una escala tipo Likert con cuatro categorías de respuestas debidamente ordenadas que se codifican a partir de cero hasta tres. La puntuación es la suma de las respuestas a los veintiún ítems. Si una persona elige varias opciones en un ítem, se toma la opción que deleve la puntuación más alta entre las seleccionadas. También se puntúan de cero a tres los ítems número dieciséis y dieciocho, que tienen siete categorías. En estos ítems el Manual indica que se debe registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde cero a sesenta y tres puntos. En base a los resultados, cuanto más alta es la puntuación, mayor es la 41 severidad de los síntomas depresivos que presenta el paciente. Esto permite distinguir cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

En tanto la puntuación del BDI-II se determina al sumar las acciones para los 21 ítems. Cada ítem se valora según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. Si un examinado hace elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. La puntuación total máxima es 63. Se debe prestar especial atención a la puntuación correcta de Cambios en los Hábitos de Sueño (ítem 16) y Cambios en el Apetito (ítem 18). Cada uno de estos ítems contiene siete opciones con

valores ordenados (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3ba través de los cuales se puede diferenciar entre incrementos y disminuciones del comportamiento y/o de la motivación. Si el examinado elige la opción con puntuación más alta, la presencia de un aumento o disminución en cualquier síntoma debe ser estimado clínicamente a propósito de realizar el diagnóstico.

El manual no contiene un baremo que describa una interpretación del resultado obtenido. En este caso, la estrategia que se emplea de manera frecuente para la interpretación de la puntuación consiste en su comparación con tres puntos de corte y su consecuente clasificación en una de cuatro categorías. Se establecen también puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Para finalizar es importante indicar que el tiempo estimado para la aplicación del test en la forma individual y colectiva es de cinco a diez minutos.

4.7 Relevancia y justificación

Este trabajo de campo es importante ya que se debe tener en cuenta que según las investigaciones y trabajos realizados en torno a este tema, y teniendo como principal protagonista la enfermedad de la que se habla y obteniendo como resultado pacientes oncológicos es sumamente importante el estado emocional y la salud psíquica de los enfermos diagnosticados así como la de sus cuidadores informales quienes acompañarán y sostendrán al mismo durante los momentos de mayor debilidad o cansancio.

Sosteniendo como principal objetivo la obtención de niveles de Desesperanza y Depresión para la educación para la promoción de la salud y allanando así el camino para que el tránsito y/o recuperación y estadio de tratamiento sea lo suficientemente soportable. Como se mencionó anteriormente las investigaciones que dan lugar al estudio y que sirven como antecedentes marcando un procedimiento dan cuenta de la relación entre estas variables y de la importancia del trabajo sobre ellas.

Para el autor Cruzado (2013) la intervención psicoeducativa es un programa de tratamiento que integra un conjunto de técnicas y estrategias de intervención basadas en el modelo cognitivo conductual, existencial, social y ecológico, entre otros. Su objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de adaptación del paciente con cáncer a su enfermedad. Para ello se tienen en cuenta las potencialidades cognitivas, conductuales, afectivas, sociales y espirituales del paciente, estimulando su uso de forma adaptativa en el afrontamiento de la enfermedad y/o los tratamientos oncológicos.

4.8 Procedimiento

Los participantes respondieron los cuestionarios de manera voluntaria y de forma anónima a través de un cuestionario confeccionado con la aplicación de google forms. Fue respondido sin límite de tiempo.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis.

CAPÍTULO V

5. Resultados

5.1 Descripción de la muestra según datos sociodemográficos.

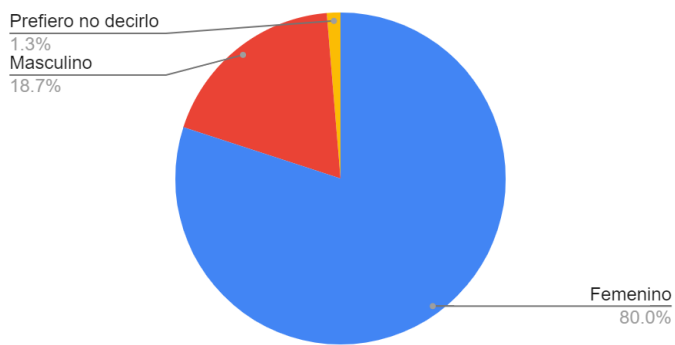
5.1.1 Según edad

TABLA I

Media	40,57
Mediana	37,00
Moda	33
Mínimo	22
Máximo	66

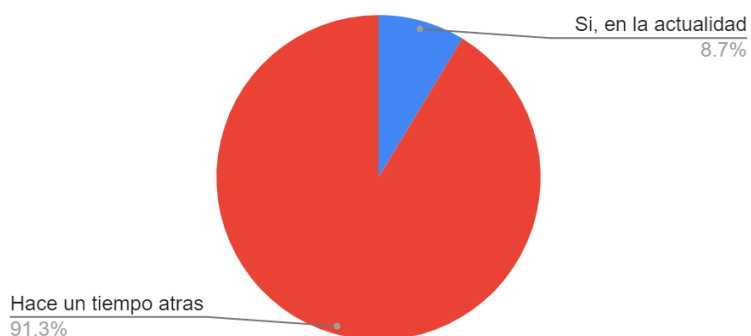
Del total de la muestra el promedio de edad llamado media es de 40,57 años. La mediana, valor que divide a la media en dos es de 37 años. La moda, valor que más se repite es 33 años. Por otro lado, la edad mínima es de 22 años y la máxima de 66 años.

5.1.2 Según género

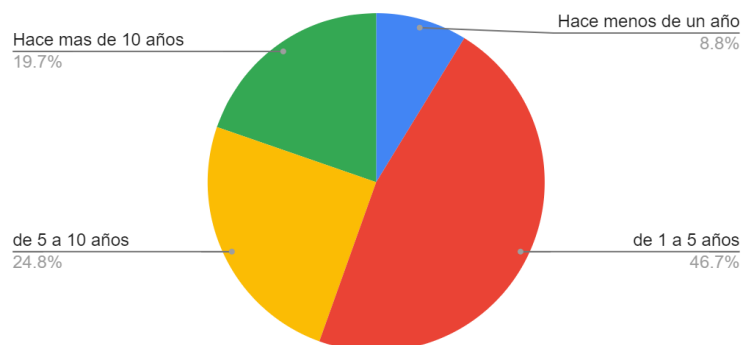


Del total de la muestra compuesta por 150 casos, 120 fueron sujetos femeninos, 28 masculinos y 2 prefirieron no decirlo, representando así el 80%, el 18.7% y el 1.3% respectivamente.

5.1.3. Según momento de desempeño de la tarea como cuidador informal

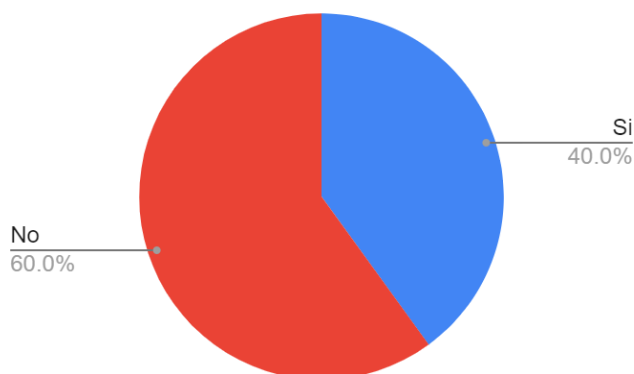


Del total de la muestra, el 91.3% lo fue hace un tiempo atrás y el 8.7% es cuidador informal en la actualidad.



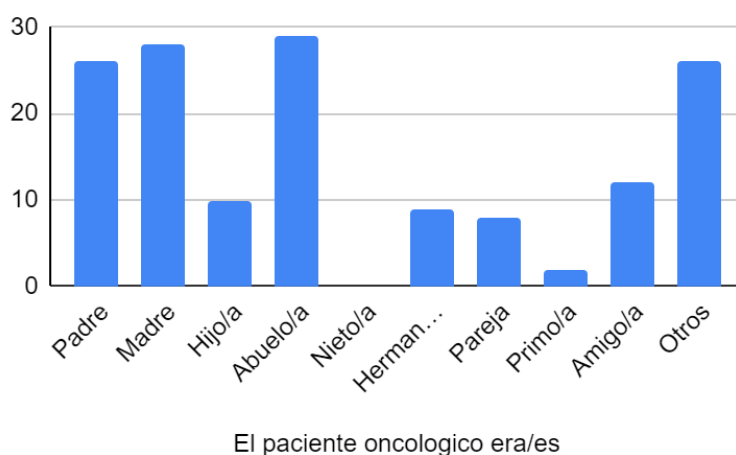
Del porcentaje de la muestra que fue cuidador informal hace un tiempo atrás, 46.7% lo fue en el periodo de 1 a 5 años atrás, el 24.8% lo fue en el periodo de 5 a 10 años atrás, el 19.7% lo fue hace más de 10 años y el 8.8% lo fue hace menos de un año.

5.1.4 Según recepción de instrucción paliativa.



Del total de la muestra, el 60% no recibió instrucción paliativa domiciliaria y 40% recibió instrucción paliativa domiciliaria.

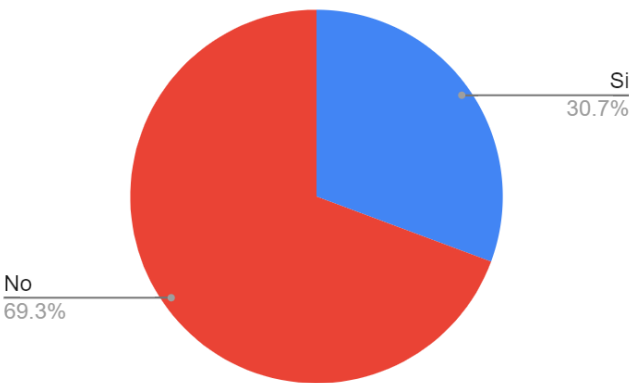
5.1.5 Según parentesco



Del total de la muestra, 19.3% fueron abuelos pacientes oncológicos, el 18.7% madres, el 17.3% fueron padres enfermos oncológicos, 8% amigos, 6.7% hijos, 6% hermanos, 5.3% pareja,

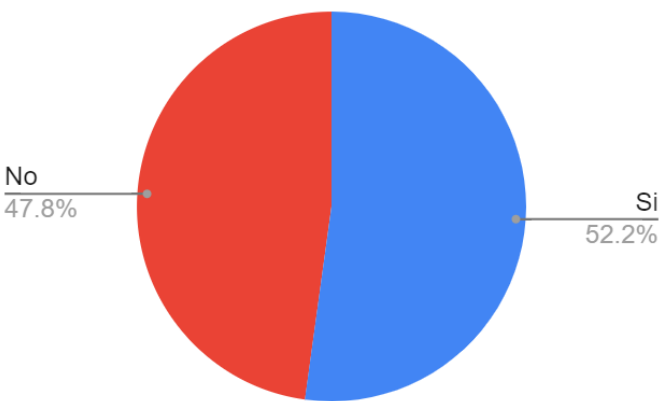
primos el 1.3% . Finalmente el 17.3% de “otros” es comprendido entre vecinos, tíos, sobrinos y suegros.

51.6 Según situación del paciente



Del total de la muestra, el 69.3% de los pacientes asistidos no vive y el 30.7% si.

5.1.6 Según continuidad de tratamiento



Del total del porcentaje de pacientes que continúan con vida, el 52.2% continúa en tratamiento y el 47.8% no.

5.2 Descripción de la muestra según sus variables

5.2.1. Análisis de Depresión

Del total de la muestra (N=150) el 89.3% posee “Depresión Grave” mientras que el 10.7% posee “Depresión moderada”, no se registraron valores para “Depresión mínima”

Tabla II. Depresión Recodificada

		Porcentaje válido
Válido	Depresión Moderada	10,7
	Depresión Grave	89,3
	Total	100,0

5.2.2 Análisis de Desesperanza

Del total de la muestra (N=150) el 54.7% posee “Desesperanza Normal o Asintomática”, el 32.7% “Desesperanza leve”, el 10% “Desesperanza moderada” y finalmente el 2.7% “Desesperanza severa”.

Tabla III. Desesperanza Recodificada

		Porcentaje válido
Válido	Desesperanza Normal o asintomático	54,7
	Desesperanza Leve	32,7
	Desesperanza Moderada	10,0
	Desesperanza Severa	2,7
	Total	100,0

Tabla IV. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Desesperanza Recodificada	150	1,00	4,00	1,6067	,77630
Falta de Motivación (BHS)	150	,00	8,00	1,1533	1,63738
Expectativas futuras (BHS)	150	,00	6,00	1,6733	1,45859
Sentimientos con respecto al futuro (BHS)	150	,00	3,00	1,1733	,91039
Depresión Recodificada	150	3,00	4,00	3,8933	,30972

5.2.3 Análisis de correlación entre Depresión y Desesperanza

5.2.3.1 Prueba de normalidad

Se llevó a cabo la prueba de normalidad con las dimensiones de Desesperanza, Desesperanza total y Depresión Total, obteniendo valores asimétricos, por lo tanto se realizaron pruebas no paramétricas.

Tabla V. Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Gl	Sig.
Desesperanza puntaje bruto	,240	150	,000
Depresion total	,176	150	,000
Sentimientos con respecto al futuro (BHS)	,222	150	,000
Expectativas futuras (BHS)	,205	150	,000
Falta de Motivación (BHS)	,251	150	,000

5.2.3.2 Correlaciones

Con el fin de correlacionar las variables se utilizó el coeficiente de Rho de Spearman.

Depresión no tiene relación estadísticamente significativa con la variable de Desesperanza pero sí se encuentra relación significativa con las dimensiones que componen Desesperanza.

Depresión total posee relación estadísticamente significativa con “Falta de motivación” dimensión de Desesperanza (Rho= -0.358 Sig =,000) la relación existente es negativa.

Con respecto a Depresión y las dimensiones de Desesperanza, “Sentimientos con respecto al futuro” ($Rho=,300$ Sig= $,000$) y “Expectativas futuras” ($Rho=,190$ Sig= $0,020$) hay relación significativa y positiva.

TABLA VI. Correlación

		Desesperanza puntaje bruto	Sentimientos con respecto al futuro (BHS)	Expectativas futuras (BHS)	Falta de Motivación (BHS)
Depresion total	Coeficiente de correlación	0,081	0,300	0,1900	-0,358
	Sig. (bilateral)	0,323	0,000	0,020	0,000

5.2.4 Análisis de variables y datos sociodemográficos.

En el siguiente apartado, para realizar comparación de grupos se utilizó el test de U de Mann-Whitney (para los casos con dos grupos) y H de Kruskal-Wallis (para tres grupos o más).

5.2.4.1. Depresión y Desesperanza según género.

Al realizar la comparación entre grupos en relación al género se encontraron diferencias significativas entre Femenino y Masculino. Obteniéndose mayores resultados para el género

Femenino en las dimensiones de Desesperanza “Falta de Motivación” (U de Mann Whitney=1253,500 Sig=,026) y “Expectativas futuras” (U de Mann Whitney=1257,500 Sig=,033)

TABLA VII. Depresión y Desesperanza según el género.

Variable de Agrupación: Género	Rango Promedio Femenino	Rango Promedio Masculino	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Desesperanza	79.00	55.23	1140,500	-2.672	0,008
Falta de Motivación (BHS)	78.05	59.27	1253,500	-2.228	0,026
Expectativas futuras (BHS)	78.02	59.41	1257,500	-2.132	0,033
Sentimientos con respecto al futuro (BHS)	75.96	68.25	1505,000	-0,900	0,368
Depresion Total	74.30	75.38	1655,500	-0,123	0,902

5.2.4.2 Depresion y Desesperanza según Instrucción paliativa

En cuanto a la diferencia entre la muestra que sí recibió instrucción paliativa y los que no, se encontraron diferencias significativas en la dimensión de Desesperanza que respecta a “Sentimientos con respecto al futuro”. Quienes no recibieron instrucción paliativa poseen valores más altos en las dimensiones de la variable detallada anteriormente (U de Mann-Whitney=2166,500 Sig=,031)

TABLA VIII. Depresión y Desesperanza según Instrucción Paliativa

Variable de Agrupación: Instrucción Paliativa	Rango Promedio Si	Rango Promedio No	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Desesperanza	73.46	76.86	1577,500	-0,475	0,634
Falta de Motivación (BHS)	83.38	70.24	2227,000	-1.931	0,053
Expectativas futuras (BHS)	73.55	76.80	2583,000	-0,463	0,643
Sentimientos con respecto al futuro (BHS)	66.61	81.43	2166,500	-2.153	0,031
Depresion Total	71.31	78.29	2448,500	-0,988	0,323

5.2.4.3 Depresión y Desesperanza según parentesco con el paciente.

En cuanto a la diferencia de grupos sobre el parentesco del paciente (el cual fue recodificado en cuatro grupos) se encontraron resultados significativos en “Depresión total” para el grupo conformado por hermanos, amigos, pareja y primos (H de Kruskal Wallis= 0,03 Sig=,030)

TABLA IX. Depresión y Desesperanza según parentesco.

Variable de Agrupación: Parentesco	Rango Promedio Padres Abuelos	Rango Promedio Hijos Nietos	Rango Promedio Hermanos, Amigos, Pareja,	Rango Promedio Otros	H de Kruskal Wallis	Sig.
------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--	----------------------	---------------------	------

			Primos				
Desesperanza	71.95	82.85	71.76	88.46	3,464	3	0,325
Falta de Motivación (BHS)	72.46	84.45	69.16	89.33	4,673	3	0,197
Expectativas futuras (BHS)	73.15	73.40	77.42	81.52	0,879	3	0,831
Sentimientos con respecto al futuro (BHS)	74.30	68.90	80.13	76.37	0,727	3	0,867
Depresion Total	75.49	86.40	88.31	56.08	8,931	3	0,030

CAPÍTULO VI

6. Discusión

El cáncer, es una de las patologías crónicas más temidas por todas las culturas desde hace décadas por su implicancia con el sufrimiento, el dolor y su íntima relación con la muerte. De la muestra compuesta por 150 sujetos en esta investigación es importante remarcar que más del 68% tiene a sus pacientes oncológicos sin vida.

En su mayoría quienes cumplen el rol de cuidadores informales son personas del sexo femenino, lo cual no es aleatorio ni casual, tal como expresa Vaquiro Rodríguez et al. (2010) la carga es diferenciada en la distribución del rol de cuidadores entre hombres y mujeres, por lo que la presencia del género femenino en el cuidado es un hecho; aunque ello no significa que el cuidado sea realizado en exclusividad por mujeres.

Es la mujer quien asume la tarea de cuidadora como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, socialmente a un costo alto, definido como responsabilidad, tarea impuesta, deber sancionable no valorada, ni remunerada, hasta el momento en que estos cuidados no son aceptados. En otro orden de ideas, en el género masculino el cuidado se da más como una opción. Lo que es preponderante es la existencia de una diferente valoración social respecto al desarrollo de estas tareas y el sesgo de género que esto supone; a pesar de ello, y al valioso aporte del género femenino dentro del sistema de salud, el ejercer la función intermediaria entre el enfermo dependiente y los sistemas sanitarios son invisibles, únicamente se hacen evidentes cuando estos cuidados no son asumidos (Valderrama Ponce, 2006 citado por Vaquiro Rodríguez et al. 2010).

Los valores de Depresión de esta población varía en “Depresión Moderada” y “Depresión Grave” de igual manera esto también puede estar relacionado con la proporción de mujeres en la muestra (el (80%) y con la predisposición a la Depresión del género marcada por la autora Dio Bleichmar (1992) sostiene que en todos los países donde se han realizado estudios estadísticos las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el doble de Depresión que los hombres.

Aproximadamente una de cada cinco mujeres sufre de una depresión mayor en su vida y en el caso de los hombres la proporción se ve limitada a uno de cada diez. Entendiendo que las mujeres que reúnen estos atributos son las que presentan la mayor vulnerabilidad para la Depresión, a saber; el estereotipo de la feminidad con ausencia de todo atributo positivo de masculinidad (ambiciones, confianza en sí misma), presencia de los atributos más negativos de la feminidad (dependencia y sumisión) y privación de los atributos positivos de la feminidad ya sean simpatía y disponibilidad para suavizar.

En cuanto al parentesco de los pacientes oncológicos (quien era/es el paciente oncológico) la variable fue recodificada en “Padres, abuelos”, “Hijos, Nietos”, “ Hermanos, amigos, pareja y primos” y “otros” encontrándose altos niveles de Depresión en el tercer grupo. Según expresa Cruzado (2013) los síntomas que aparecen en el grupo de las parejas de pacientes oncológicos son; ansiedad, tristeza, depresión, fatiga, aislamiento emocional y miedo a expresar de forma abierta sus miedos y preocupaciones. Sensación de estrés e irritabilidad que tienen su origen en la asunción de responsabilidades. Malestar provocado por la incapacidad para hacer frente a las reacciones emocionales del cónyuge. Sensación de fracaso por no haber podido proteger al paciente de la enfermedad o de los efectos secundarios del tratamiento. Finalmente y entre otros, la sensación de impotencia e incompetencia dada por el desconocimiento del sistema sanitario, de la tecnología médica, de la propia enfermedad y es aquí donde entra en juego la importancia de la instrucción paliativa domiciliaria.

Los valores de Desesperanza se encuentran mayoritariamente dentro de los niveles “normales” entendiéndose que esta muestra en particular de cuidadores informales de pacientes oncológicos no posee una falta de esperanza patológica, que no les permita desarrollarse en la cotidianidad. La esperanza o desesperanza es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, por lo tanto condicionan y orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. Definirlo como un estado dinámico, es reconocer que el estar en

situación desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo (Montoya et al., 2003)

En función de los resultados obtenidos, la hipótesis A de este trabajo “Existe una relación positiva entre Desesperanza y Depresión” fue refutada ya que no hay relación estadísticamente significativa entre las variables. Se encontró relación indirecta, entre la dimensión “Falta de motivación” dimensión de Desesperanza que responde a factor motivacional, el cual consiste en recoger información respecto de la pérdida de motivación en la persona, manifestada por la decisión de no querer esforzarse por algo deseado, ya sea querer rendirse o no querer conseguir algo en especial (Beck y Weissman , 1974 citados por Alamo et al., 2019) y la variable Depresión. La muestra de este estudio presentó, en general, altas puntuaciones en Depresión y como se mencionó anteriormente una relación indirecta, a mayores niveles de Depresión, menor es la falta de motivación.

En el caso de la presente muestra se halló relación directa entre “Sentimientos con respecto al futuro” según Alamo et al. (2019) citando Beck (1974) factor afectivo que indaga sobre los sentimientos propios de esperanza, felicidad fe y entusiasmo junto con momentos agradables y “Expectativas futuras” factor Cognitivo que se orienta a obtener información sobre expectativas con respecto al futuro y anticipaciones negativas con respecto al futuro (dimensiones de Desesperanza) con Depresión. Es decir, siendo los niveles de depresión elevados, se relaciona con los factores antes mencionados “Sentimientos con respecto al futuro” y “Expectativas futuras”. Entendiéndose que más allá de la presencia de depresión no dejan de existir sentimientos de esperanza, entusiasmo y felicidad.

La hipótesis B “El género femenino posee mayores niveles de Depresión” referida a que el género femenino posee mayores niveles de Depresión, es confirmada, debiéndose tener en cuenta que la muestra no fue equitativa en cuanto a cantidad de sujetos femeninos y sujetos masculinos. Siendo el primer grupo mayor, con un N de 128.

La hipótesis C “El grupo que no recibió instrucción paliativa posee altos niveles de Desesperanza” es refutada con consideraciones. Quienes no recibieron instrucción paliativa poseen altos niveles de la dimensión “Sentimientos con respecto al futuro” de Desesperanza. Como se mencionó anteriormente la dimensión hace referencia al factor afectivo, los sentimientos propios de esperanza, felicidad, fe y entusiasmo junto con momentos agradables pudiendo esto tener su origen en el estudio de Bermejo Higuera y Villaceros Durbán (2016) donde los resultados sugieren que la esperanza en terminalidad de los pacientes oncológicos como en sus cuidadores informales se obtiene a través de tres vías: la relación con otros (o seres queridos), la relación con Dios (o trascendencia) y la relación con uno mismo (o actitud personal). Se destaca que la espiritualidad añade esperanza al sujeto que estima que hay algo más allá, ya sean los seres queridos o Dios ante la situación de finitud.

Como corolario, los resultados obtenidos en este estudio podrían ser explicados desde distintas perspectivas, entre ellas existe la posibilidad que como el 91.3% de la muestra total fue caracterizada como cuidadores que ejercieron este rol “hace un tiempo atrás” y no en la actualidad. y de ese porcentaje el 46.7% lo ejerció en el lapso de 1 a 5 años atrás, los síntomas de las variables hayan mermado.

Otra es que la muestra no haya sido lo suficientemente representativa refiriéndose a lo extenso de la ubicación, haciendo foco en que podría, en caso de tener acceso, hacerse la observación en cuidadores primarios de pacientes oncológicos, de una institución de salud.

También el contexto de pandemia mundial Covid -19 que atravesamos y en el que permanecemos por hace ya más de un año y medio podría ser determinante en los altos niveles de Depresión arrojados por la muestra.

La investigación presente servirá como puntapié para la realización de investigaciones futuras que permitirán ahondar y trazar estrategias preventivas y de afrontamiento en torno a la resiliencia con foco en un tratamiento integral para los pacientes y cuidadores de pacientes

oncológicos. Así mismo se recomiendan próximas investigación que permitan evaluar Ansiedad y Depresión en cuidadores informales y pacientes oncológicos.

Referencias bibliográficas

- Adamuz García, A., y M^aV, J. J. (2018) *Intervenciones no farmacológicas en el cuidador informal del paciente oncológico por el personal sanitario.*
- Alamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V. y Bejer, T. (2019). *Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos.* Revista chilena de neuro-psiquiatría.
- Allen J.Y., Haley W.E., Small B.J., Schonwet-ter R.S. y McMillan S.C. (2013) *Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. J Palliat Med 2013;16:745-51.* Doi: 10.1089/jpm.2012.0450.
- Amador Ahumada, C., Puello Alcocer, E. C. y Valencia Jimenez, N. N. (2020). *Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia.* Revista Cubana de Salud Pública, 46, e1463.
- Arango, M. A., Ariza, S. y Trujillo, Á. (2015). *Sentido de vida y recursos noológicos en pacientes diagnosticados con depresión mayor con ideación suicida.* Revista argentina de clínica psicológica.
- Arbizu, J.P. (2000). *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento.* Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 24 (Supl. 1)
- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R. y Ranieri, W. (1996). *Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients*. Journal of Personality Assessment, 67, 588-597
- Beltrán, M. D. C., Freyre, M. Á. y Hernández-Guzmán, L. (2012). *El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente*. Terapia psicológica.
- Bermejo Higuera, J. C., y Villaceros Durbán, M. (2016). *Componentes de la esperanza en situación de terminalidad: estudio de desarrollo de una escala de medida*. Gerokomos.
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E. y Arredondo Aldama, B. (2017). *La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible*. Revista Finlay.
- Calderón Rocha, S., Cardona Chávez, J. A., Echenique Ramos, D. y Fonseca García, A. L. *Percepción de los cuidadores informales, frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta, en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al Centro Javeriano de Oncología (CJO), durante el periodo de junio y julio del año 2016*.
- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Gabildo Lara, G. y Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Cardoso, E. M., Soto, S. S., Hernández, A. G. y García, M. F. (2005). *Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados*. Atención Primaria.

Chávez Herrera, V. (2020). *Carga y calidad de vida del cuidador informal de pacientes oncológicos en la Fundación Jóvenes Contra El Cáncer*. Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte

Clarke D.M. y Kissane D.W. *Demoralization: Its phenomenology and importance*. Aust NZ J Psychiatry 2002;36(6).

Contreras Martínez, J. (2005). *Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología*. Oncología (Barcelona).

Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGrawHill/ Interamericana.

Cortijo-Palacios, X., Aguilar, G. O. y Cibrián-Llenderal, T. (2019). *Comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad*. Acta Médica del Centro.

Cruzado Juan Antonio (2013). *Manual de Psicooncología (formato digital)*. Pirámide.

de Jesús Almanza-Muñoz, J. y Holland, J. C. (2000). *Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras*. Rev Inst Nal Cancerol (Mex), 46(3).

Dio Bleichmar, E. (1992). *La depresión en la mujer*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Espinoza Miranda, K. y Jofre Aravena, V.. (2012). *Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores*. Ciencia y enfermería, 18(2), 23-30.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>

- Fizzotti, E. (2014). *En las raíces de la logoterapia, las raíces de la esperanza*. Revista Mexicana de Logoterapia.
- Galán López, C. D. L. (2020). *Estrategias de afrontamiento, desesperanza y funcionalidad familiar en pacientes paliativos y su relación con la calidad de vida medida a través de Rotterdam Symptom Checklist asistidos por la Unidad de Atención Médica a Domicilio del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín y Unidades Nivel 2 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social residentes en Quito y Sangolquí periodo 2019* (Master's thesis, Quito: UCE).
- García Alandete, J., GalleGo Pérez, J. F. y Perez Delgado, E. (2009). *Purpose in life and hopelessness: An empirical study*. Universitas Psychologica.
- García, M. G. y Gómez, Á. H. (2010). *Manual de oncología*. McGraw-Hill Interamericana.
- García, M. G., Rodríguez, O. G. A. y Gómez, J. H. (2016). *Tratamiento del cáncer: oncología médica, quirúrgica y radioterapia*. Editorial El Manual Moderno.
- García-Alandete, J., GalleGo-Pérez, J. F. y Pérez-Delgado, E. (2009). *Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico*. Universitas Psychologica.
- González, J. M., Abelleira, C. y Benítez, N. (2018). *Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma*. Actas Esp Psiquiatr.
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Revista de la Facultad de Medicina UNAM.
- Grygielski M. Meaning in life and hopelessness: *Interrelationships and intergroup differences*. Pol Psychol Bull 1984;15(4):277-84.
- Hermosillo De la Torre, A. E., Méndez-Sánchez, C. y González Betanzos, F. (2020). *Evidencias de validez factorial de la Escala de desesperanza de Beck en español con muestras clínicas y no clínicas*. Acta Colombiana de Psicología.

- Jorge, M. L. M. (2011). *Influencia de Freud sobre la concepción de la mente en la formulación inicial de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck*. Revista de Historia de la psicología.
- Kubler Ross, E. y Kessler, D. (2015). *Sobre el duelo y el dolor: cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas*. Barcelona: Luciérnaga.
- Ledón Llanes, L. (2011). *Enfermedades crónicas y vida cotidiana*. Revista cubana de salud pública.
- Organización Mundial de la Salud (2021, Marzo). Cáncer. Nota descriptiva N°297.
Disponible en la WEB: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Martínez Debs, L., Lorenzo Ruiz, A. y Llantá Abreu, M. D. C. (2019). *Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello*. Revista Habanera de Ciencias Médicas.
- Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C. y Marconi, A. (2009). *Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina*. Anuario de investigaciones.
- Molina Sanmartin, L. E. (2020). *Calidad de vida en cuidadores informales de enfermos en estado terminal*. Bachelor's thesis, Quito: UCE.
- Montoya, R. Q., Jiménez, L. P. H., Villavicencio, M. E. F., de la Rosa, A. C. y Abundiz, S. V. (2003). *Desesperanza y tentativa suicida*. Investigación en salud.
- Moreno, D. y Carrillo, J. (2019). *Normas APA 7a*. Ediciones Universidad Central.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Murguía, M. S., Bravo, A. M., Rico, A. P. y Sastrías, J. M. F. (2020). *Relación entre necesidades no satisfechas y sintomatología emocional en cuidadores de pacientes oncológicos*. Psicología Iberoamericana.

- Olvera Vergara, M. K. y Culcay Cajamarca, L. C. (2020). *Sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con cáncer, atendidos en un hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2019*.
- Pérez Soto, E. y Guberman, M. (2005). *Diccionario de logoterapia*. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.
- Reyna García, P. D (2021). *El síndrome de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en cuidadores principales de pacientes oncológicos pediátricos*.
- Rivas, C. M. G. y Capilla, M. L. R. (2002). *Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único*.
- Rocha, M. L. P., Garzón, L. H. A. y López, C. R. G. (2012). *Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011*. Orinoquia.
- Ruiz, E. D. C. M., Vega, F. E. D. y Blanco, E. I. G. (2010). *Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer*. México D.F: documaster S.A.
- Sanz, J. y Modolell, E. (2004). *Oncología y psicología: un modelo de interacción. Psicooncología*.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. y Huggins, M. E. (2002). *The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment*. Psycho-Oncology.
- Stotland, E. (1969). *Exploratory investigations of empathy*. En L. Berkowitz (Ed.): Advances in experimental social psychology. New York: Academic Press.
- Tovar, A., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce Díaz, C., Frisancho León, A. y Enríquez Vereau, J. (2011). *Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas*.

Vaquirol Rodríguez, S. y Stiepovich Bertoni, J. (2010). *Cuidado informal, un reto asumido por la mujer*. Ciencia y enfermería.

Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C. y Rentería, M. L. J. (2009). *La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy.

Anexo

Solicitud de consentimiento informado.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en que se me administren técnicas de evaluación psicológica, como parte del proceso de Tesis de grado de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana que investiga “*Niveles de Desesperanza y Depresión en cuidadores informales de pacientes oncológicos de Almirante Brown, Gran Buenos Aires, Argentina*” a cargo de Da Silva Alejandra con tutoría del Lic. Sanchez Juan Jose.

Dejo constancia de haber comprendido que la información obtenida será utilizada en la confección de la tesis de grado y acepto que no se realizará una devolución de los datos obtenidos en esta práctica.

Fui informado que se garantiza la confidencialidad de los datos y mi anonimato.

Mediante la firma del presente consentimiento presto plena conformidad para la realización de dicha actividad.

Firma.....

Aclaración:

Lugar y Fecha:

Preguntas sociodemográficas

1. Edad:.....

- si

2. Género:

- no

- Femenino

- Masculino

- Prefiero no decirlo

5. el paciente oncológico era/es

- padre

- madre

- Hijo/a

- Abuelo/a

- Nieto/a

- Hermano/a

- pareja

- Primo/a

- Amigo

- Otro:.....

3. Desempeño de tareas como cuidador

informal de un paciente oncológico (siendo

allegado del paciente me encargue de asistir al

mismo en lo que él necesitara)

- Si, en la actualidad

- Hace un tiempo atrás

Si contestó “sí, hace un tiempo atrás”

3a. ¿Hace cuánto tiempo fue cuidador ?

- Menos de 1 año

- de 1 a 5 años atrás

- de 5 a 10 años atrás

- hace más de 10 años

6. ¿El paciente vive?

- si

- no

Si contestó “si”

4. ¿Recibió Instrucción paliativa domiciliaria?

(equipo médico le indicó que como proceder

ante determinadas situaciones e instrucción de

cuidados primarios)

6.a. ¿el paciente continúa en tratamiento?

- si

- no

ESCALA DE DESESPERANZA (BECK)

Este cuestionario consiste de veinte declaraciones. Por favor lea las declaraciones cuidadosamente una por una. Si la declaración describe su actitud de la semana pasada incluyendo hoy día, tache la letra “V” indicando VERDADERO en la columna de respuestas que sigue a las declaraciones. Si la declaración no describe su actitud, tache la letra “F” indicando FALSO.

01. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F
02. Puedo darme por vencido, renunciar ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo.	V	F
03. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
04. No puedo imaginar como sera mi vida dentro de 10 años	V	F
05. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera hacer	V	F
06. En el futuro espero poder conseguir lo que me pueda interesar	V	F
07. Mi futuro me parece oscuro	V	F
08. Espero más cosas buenas de la vida que lo que o la gente suele concebir por término medio	V	F
09. no logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F

10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro	V	F
11. Todo lo que yo puedo ver delante de mí son cosas desagradables más que agradables	V	F
12.No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13.Cuando miro hacia el futuro espero ser más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19.Yo puedo esperar más buenos momentos que malos momentos	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

BDII - I

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracaso

- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

4. Pérdida de placer

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

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable

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

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimiento de castigo

0 No siento que estoy siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que estoy siendo castigado

7. Disconformidad con uno mismo

0 Siento acerca de mí los mismo de siempre

1 He perdido la confianza en mí mismo

2 Estoy decepcionado conmigo mismo

3 No me gusta a mí mismo

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

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

9. Pensamientos o deseo suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez

3 Siento ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que o habitual

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual

2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta quedarme quieto

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

12. Pérdida de interés

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

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas

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

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar mis decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización.

0 No siento que yo no sea valioso.

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

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada

15. Pérdida de energía

0 Tengo tanta energía como siempre

1 Tengo menos energía que la que solía tener

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía para hacer nada

16. Cambios en los hábitos del sueño

0 No he experimentado ningún cambio en los hábitos del sueño

1a Duermo un poco más de lo habitual

1b Duermo un poco menos de lo habitual

2a Duermo mucho más que lo habitual

2b Duermo mucho menos que lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día.

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

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable que lo habitual

1 Estoy más irritable que lo habitual

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito.

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que antes

3a No tengo apetito en lo absoluto

3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración.

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como siempre

2 Me es difícil mantener la mente en algo durante mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado de lo habitual

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2 Estoy cansado o fatigado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

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

21. Pérdida de interés en el sexo.

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

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

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL:.....