



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**“NIVEL DE AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS, EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL
HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA – 2017”.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR:

DIAZ MAMANI ELIZABETH KARINA

ASESORA

Mg. IDA RAMOS MARIN

AREQUIPA - PERU, 2018

**“NIVEL DE AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS, EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL
HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA – 2017”.**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa – 2017. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 291 pacientes, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,871; la confiabilidad se comprobó mediante el Alfa de Cronbach con un valor de 0,919, la hipótesis se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,913 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Existe relación significativa entre la autoestima y depresión de los pacientes, existiendo además una relación inversa, es decir, a mayor autoestima existe menor depresión, asimismo, a menor autoestima es mayor la depresión.

PALABRAS CLAVES: *Autoestima, depresión, pacientes hospitalizados.*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between the level of self-esteem and the level of depression in hospitalized patients, in the oncology service of the Goyeneche hospital, Arequipa - 2017. It is a cross-sectional descriptive investigation, we worked with a sample of 291 Patients, for the collection of information a Likert-type questionnaire was used, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of 0.871; the reliability was verified by the Cronbach's Alpha with a value of 0.919, the hypothesis was statistically calculated by the Pearson's R with a value of 0.913 and with a level of significance of p value <0.05.

CONCLUSIONS:

There is a significant relationship between patients' self-esteem and depression, and there is also an inverse relationship, that is, the higher the self-esteem, the less depression there is. Also, the lower the self-esteem, the greater the depression.

KEY WORDS: *Self-esteem, depression, hospitalized patients.*

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

7

1.3. Objetivos de la investigación

7

1.3.1. Objetivo general

7

1.3.2. Objetivos específicos

7

1.4. Justificación del estudios

8

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

11

2.2. Base teórica

15

2.3. Definición de términos

37

2.4. Hipótesis

37

2.5. Variables

38

2.5.1. Operacionalización de la variable

38

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	41
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	42
3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	43
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	47
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El estado salud – enfermedad, como experiencia subjetiva, puede ser reconocido intuitivamente a nivel personal como una experiencia de bienestar, de equilibrio dinámico entre aspecto físico y psicológico del organismo en interacción con el medio natural y social, pero no puede ser descrito o cuantificado por completo (MASSON, 1994)

La depresión es un sentimiento leve a severo de aprensión con respecto a una amenaza percibida”. Inmediata o presente. El temor es la respuesta de un peligro externo, real y actual; desaparece cuando se elimina la situación amenazante (Martínez, 2002)

De acuerdo a esto podemos asegurar que el paciente refiere sobre su temor es una respuesta normal o un peligro a una situación de riesgo dada, por su experiencia reciente o sus posibles complicaciones, Por lo tanto es importante aumentar la expresión de sus preocupaciones escuchándolos y comprendiéndolos. Cada persona reacciona en forma diferentes al mismo estímulo, por ejemplo repetir las mismas preguntas puede evitar la comunicación o retraerse. (POTTER 2002)

Cuando una persona es hospitalizada, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. En este caso la persona se encuentra preocupada, callada, pensativa y poco satisfecha con las opiniones del personal de salud porque cree que le mienten con respecto a su enfermedad.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (1)

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en

realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. (1)

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.(1)

La depresión no es tristeza únicamente es una enfermedad que debe ser tratada .contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento .la depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugía, provocar un aumento de uso de la atención médica y el suicidio (2)

Cuando tenemos cáncer o cualquier otra enfermedad crónica, cambia la percepción que tenemos de nosotros mismos, se debilita nuestra autoestima, nos enfrentamos a una serie de sentimientos negativos, que no podemos o no sabemos cómo manejar, puede repercutir en nuestras relaciones y en todos los aspectos de nuestra vida. (3)

Es por eso que tanto nosotros que la padecemos, como la gente que nos cuida o acompaña, necesitamos tener información clara y sencilla que nos ayude a enfrentar la enfermedad y los cambios que ésta y sus tratamientos nos provocan. (3)

Entre las cosas que podemos hacer, encontramos:

- Buscar la información necesaria para aclarar todas nuestras dudas respecto a la enfermedad y sus tratamientos. Esta información debe de ser proporcionada únicamente por nuestro médico.
- Fortalecer nuestra autoimagen y autoestima.
- Aprender técnicas sencillas que nos permitan controlar y eliminar nuestras emociones negativas.
- Desarrollar una actitud positiva, cambiando o eliminando todas las creencias y pensamientos equivocados o que nos hacen sufrir.

- Fortalecer nuestro control y autonomía.
- Apoyarnos en algunas de nuestras relaciones y aprender a evitar conflictos innecesarios que pueden surgir debido a la situación que tanto ellos como nosotros, estamos viviendo.(3)

Cualquier enfermedad provoca tensión en diferentes partes de nuestro cuerpo y altera su funcionamiento, independientemente de que podamos percibir dicha tensión o no. (3)

Sin embargo, algunas son más estresantes y dañinas que otras y el cáncer se encuentra entre las más desgastantes. (3)

Otros aspectos importantes, relacionados con situaciones que nos hacen, más difícil aún, sobreponernos al cáncer, son:

- La angustia y la culpa al pensar que, de alguna manera, nosotros hemos provocado el cáncer, ya sea por nuestro estilo de vida o por aspectos emocionales no resueltos.
- La vulnerabilidad que sentimos durante la enfermedad.
- La falta de control emocional, ya que, con frecuencia, parece que las emociones se dan sin que podamos hacer nada para evitarlas y evitar el sufrimiento que provocan.
- La disminución de la autoestima.(3)

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. En 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos (4).

Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. (5)

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. (5)

Cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. (5)

Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. (5)

El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer (5)

Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer; aproximadamente un 30 por ciento de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa más del 20 por ciento de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70 por ciento de las muertes mundiales por cáncer de pulmón (OMS, 2014).

Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes: Pulmonar (1,69 millones de defunciones), Hepático (788 000 defunciones), Colonrectal (774 000 defunciones), Gástrico (754 000 defunciones), Mamario (571 000 defunciones). Nota descriptiva Febrero de 2017

Los diferentes tipos de cáncer causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papiloma virus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20 por ciento de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios. Más del 60 por ciento de los nuevos casos anuales totales del mundo, se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70 por ciento de las muertes por cáncer en el mundo. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas así mismo que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones el 2030 (OMS, 2014).

En América Latina, el cáncer es la segunda causa de muerte; Montevideo, 13 de setiembre de 2010; así lo afirmó la Subdirectora de la OPS/OMS, Socorro Gross, durante la Reunión Internacional para el Control global de la Enfermedad, que se desarrolló del 8 al 10 de septiembre en Buenos Aires con motivo de la inauguración del Instituto Nacional del Cáncer. “Después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa de muerte en América Latina”, afirmó la subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud (OMS, 2010).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina, durante el periodo 2007-2009, la tasa de mortalidad estandarizada, a consecuencia de alguna neoplasia maligna fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes; para la región, las tasas más altas se ubicaron en Uruguay (168.4 x 100 mil habitantes), Cuba (143.3) y Perú (136.6) (OMS, 2010).

En el Perú, el cáncer ha cobrado importancia como problema de salud pública, no sólo por su frecuencia, que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias, habiéndose convertido en la segunda causa entre las muertes registradas en nuestro país. Se calcula que se producen no menos de 35 500 casos nuevos de cáncer por año en el Perú y lamentablemente, sólo, aproximadamente 12 000 son diagnosticados y tratados.

La mortalidad por neoplasias ha adquirido un notable incremento, llegando a representar el 17,2 por ciento del total de defunciones registradas en el año 2000. Dentro de este grupo, se evidencia que el 53 por ciento de las 3 muertes, corresponden al sexo femenino, las mismas que se producen con mayor frecuencia a partir de los 35 años; en cambio las muertes en el sexo masculino, ocurren con mayor frecuencia en adultos de 45 y más años (Pinillos, 2006). De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9 por ciento), estómago (11.1 por ciento), mama (10. por ciento), piel (6.6 por ciento) y próstata (5.8 por ciento); para dicho período, el 5.6 por

ciento de los casos de cáncer de cérvix notificados, el 0.4 por ciento de los cánceres de mama y el 0.2 por ciento de los cánceres de próstata fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje (MINSA, 2013).

En el Perú, el Registro de Cáncer en Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres (INEN, 2013).

El Registro de Cáncer en Lima Metropolitana, muestra que los tipos de neoplasia más frecuentes son: estómago, mama, cérvix, próstata y pulmón. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la población del Perú asciende a 28 220 764 de habitantes, según los resultados del XI Censo de Población y según las estadísticas del MINSA, el cáncer ocupa el segundo lugar de mortalidad a nivel nacional con un importante impacto socioeconómico (Rosario, 2013).

Aun cuando las enfermedades malignas no constituyen un grupo relevante dentro de la morbilidad general (0.45 por ciento), su importancia radica en las graves consecuencias que tiene en la población, como vemos en general, para el año 2007, en los reportes de morbilidad se encuentra el grupo de tumores malignos, en donde se ubican con mayor frecuencia los tumores de mama (373), cuello uterino (319), piel (296), próstata (292) entre otros (DIRESA, 2012).

Los casos de cáncer se incrementan en 15% al año en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN Sur, que atiende a pacientes de la ciudad de Arequipa y del sur del país.(6)

El coordinador del departamento de Control de Cáncer del IREN Sur, Carlos Chávez Chirinos, indicó que desde el 2009 que funciona el instituto en la Ciudad Blanca se atendieron a 3 mil personas, de las cuales el 70% llegaron con la enfermedad avanzada.(6)

De este porcentaje solo el 30% llegaron a recuperarse de la enfermedad y el restante fallece, porque no se detectó la enfermedad a tiempo.(6)

Los cánceres más frecuentes en la región son al cuello uterino en 20%, mama 15%, próstata 10%, seguido de cáncer de piel, estómago y otros (6)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa -2017?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Cuáles son las características demográficas, de los pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa -2017?
- ¿Cuál es el nivel de autoestima en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa - 2017?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa- 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche ,Arequipa – 2017

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características demográficas pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche ,Arequipa – 2017

- Identificar el nivel de autoestima en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del hospital Goyeneche – 2017
- Identificar el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del hospital Goyeneche – 2017

1.4 JUSTIFICACIÓN

La realización del presente estudio está dirigido a conocer la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del hospital Goyeneche en el año 2017

La importancia de la presente investigación radica en que el cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y aunque actualmente se ha hecho un gran avance en investigación, prevención y tratamiento, sigue siendo una de las enfermedades que más problemas económicos, sociales, y familiares ocasionan a las personas que lo padecen y su entorno.

Como consecuencia del cáncer se produce diferentes enfermedades mentales así como la depresión que en los pacientes oncológicos es importante su detección y tratamiento. Los cambios físicos que se producen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos pueden asociarse a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de un descenso de autoestima, colocando a la persona en una situación de alta vulnerabilidad psicológica.

En la actualidad de esta investigación La oncología es uno de las patologías que requiere más esfuerzo por parte del personal de enfermería, ya que en ella el paciente no sólo requiere cuidados físicos. Este tipo de enfermos demanda más afecto y comunicación empática, es por ello que los profesionales de la salud debemos tener los conocimientos adecuados para afrontar los problemas, y poder ofrecer al paciente unos cuidados de calidad individualizados, de acuerdo a sus necesidades. En la actualidad, el tratamiento del paciente con cáncer

incluye tanto cuidados médicos como la atención a determinadas áreas de impacto social o psicológico

Por las razones expuestas es pertinente que el profesional de enfermería brinde información y consejería sobre la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología. Desde el punto de vista de enfermería, nos corresponde verificar como afecta esto al desarrollo de la enfermedad y al bienestar general del paciente en esta etapa. Indagaremos principalmente en reacciones sintomáticas de ansiedad y depresión; para una detección y tratamiento tempranos, así evitaremos posibles complicaciones futuras. Por otro lado, el padecer estos trastornos emocionales puede afectar a la evolución de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, puesto que tiene como consecuencia un menor nivel de adherencia terapéutica y calidad de vida.

La trascendencia del presente trabajo de investigación está dado porque los resultados obtenidos aportara nuevos conocimientos a los profesionales de salud por ser los que más están en contacto con esta realidad y al cuidado de los pacientes que padecen esta enfermedad

La utilidad del estudio es poder identificar los niveles de autoestima y depresión en los pacientes oncológicos. Identificar los trastornos emocionales del paciente y valorar el grado en que se presentan será el objeto de estudio; para ello tendremos en cuenta los aspectos físicos, funcionales, psicológicos, sociales y familiares del cáncer. Aunque en el campo del cáncer es donde mayor aplicación tiene este estudio, también es de gran interés para los sanitarios que trabajan con pacientes crónicos, porque en su cuidado no sólo interviene la patología, sino también cuestiones psicológicas.

Permite conocer la importancia en las personas con cáncer que se sienten triste y tienen una sensación de pérdida de su salud y de la vida que tenían antes de enterarse de que tenían la enfermedad. Incluso cuando haya terminado el tratamiento, puede que todavía se sienta triste. Esta es una respuesta normal ante cualquier enfermedad grave. Es

posible que lleve tiempo superar y aceptar todos los cambios que están ocurriendo.

Cuando siente depresión, puede sentirse con muy poca energía, con cansancio y sin ganas de comer. En algunas personas, estos sentimientos desaparecen o disminuyen con el tiempo. En otras, estas emociones pueden intensificarse.

Los estudios actuales sostienen la importancia de la depresión y ansiedad en la respuesta terapéutica de los enfermos oncológicos; sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos, no son correctamente identificados ni reciben siempre el tratamiento adecuado. Este estudio nos permitirá identificar las características emocionales del paciente ante la enfermedad

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

- CARVALHO, M. ET AL. (2015) en su estudio titulado “Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterapéutico Brasil 2015” el Objetivo evaluar la autoestima de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. El método de estudio descriptivo-analítico; transversal; cuantitativo. Participaron 156 pacientes de una unidad de oncología de un hospital general de medio porte en sus resultados se encontró mayor frecuencia de pacientes que presentaron autoestima alta, algunos de los cuales presentaron autoestima media o baja. La escala presentó valor alfa de Cronbach de 0,746, teniendo en cuenta su consistencia interna buena y aceptable para los ítems evaluados. Ninguna variable independiente presentó asociación significativa con la autoestima. en conclusión los pacientes oncológicos evaluados presentaron autoestima alta; por lo tanto, resulta crucial que la enfermería planee la asistencia de los pacientes en tratamiento quimioterapéutico, permitiendo acciones y estrategias que atiendan los mismos acerca de su

estado físico, así como al psicosocial, teniendo en cuenta el mantenimiento y la rehabilitación de aspectos emocionales de estas personas.

- LANDA, E. ET AL (2013) según su investigación titulada “Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal en México 2013” .El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre la ansiedad, la depresión y la presencia e intensidad de síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal. Se llevó a cabo un estudio no experimental, correlacional y transversal en pacientes que acudían por primera vez a la consulta de cuidados paliativos. Se encontraron relaciones débiles, pero estadísticamente significativas, entre depresión y síntomas físicos. De igual modo, en el caso de la ansiedad, hubo el mismo tipo de relaciones con los síntomas físicos. Se concluye que existe una relación entre la ansiedad y la depresión con la presencia e intensidad de los síntomas físicos, y se discuten los posibles mecanismos involucrados.

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

- BARRIOS, L. & QUISPE, D. (2016) según su investigación “Nivel de autoestima y depresión en pacientes de consulta externa de oncología trujillo-2016” su investigación es descriptiva correlacional de corte transversal realizada a pacientes oncológicos de 19 a 60 años de edad atendidos en el hospital Belén de Trujillo en consultorios externos Perú 2016 con el objetivos de determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes de consultorio externo de oncología del hospital . la muestra estuvo conformada por 94 pacientes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple en la recolección de datos se empleó dos instrumentos : test de depresión de Hamilton y evaluación de autoestima a pacientes

oncológicos de coopermisth la información obtenida fue procesada y organizada en tablas simples y de doble entrada para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística chi cuadrado encontrando los siguientes resultados el 100 por ciento de pacientes con nivel de autoestima alta tienen depresión leve mientras que el 39.5porciento de pacientes con nivel de autoestima media presentan depresión moderada y 26.7 por ciento de pacientes con nivel de autoestima baja presentan depresión severa se concluye que el nivel de autoestima y depresión en pacientes oncológicos guardan relación significativa de tal manera que a mayor autoestima el nivel de depresión será menor o viceversa

- LEÓN, M. & MIRANDA, M. (2016) en su estudio titulado “Autoestima y espiritualidad en el autocuidado del paciente oncológico 2016-trujillo” La presente investigación de tipo descriptivo transversal, tuvo como propósito analizar la relación de la autoestima y espiritualidad en el auto cuidado del paciente oncológico. El trabajo se sustenta en los referentes teóricos y conceptuales de autoestima Rosemberg (1996), espiritualidad Parsian y Dunnig (2004) y auto cuidado Dorothea Orem (1993). Los Sujetos de estudio fueron 248 pacientes del Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta " que cumplieron los criterios de selección, aplicándoles 3 cuestionarios. Los resultados obtenidos fueron El 58.9% de pacientes presentan autoestima alta, 51.2% presentan un nivel de espiritualidad alta y 52%tienen nivel de auto cuidado alto, concluyendo que existe relación altamente significativa entre la autoestima y espiritualidad en el auto cuidado de los pacientes oncológicos. Palabras claves: autoestima, espiritualidad, auto cuidado", paciente oncológico
- LAZO, A. (2015) en su investigación titulada” Dinámica familiar y depresión en pacientes oncológicos con quimioterapia en el IREN

Arequipa” 2015 El presente estudio tiene como propósito evaluar la relación entre familia funcional y disfuncional y el nivel de depresión en los pacientes con cáncer y quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Se evaluó la relación entre dos factores funcionalidad familiar, disfuncionalidad familia y niveles de depresión en pacientes con cáncer, mediante la administración de dos pruebas Escala de depresión de ZUNG y cuestionario Apgar Familiar, a modo de entrevista personal a 140 pacientes de diferente sexo, mayores de 20 años, con diagnóstico de cáncer, internados en el IREN, recibiendo quimioterapia durante los meses de Agosto a Noviembre del 2014. Los resultados muestran que el 89.3% de los pacientes presenta depresión que va de leve a severa y en 67.8% de las familias de los pacientes hay disfunción familiar, mediante la prueba de chi cuadrado p (0.01) se encontró que existe correlación entre funcionalidad familiar y depresión. Finalmente no se encontró correlación entre sexo del paciente, tiempo de enfermedad, depresión y disfunción familiar. Sus conclusiones fueron Existe correlación entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión de los pacientes con cáncer y quimioterapia del IREN. La mayoría de pacientes evaluados del IREN presenta depresión entre moderada y severa Los pacientes oncológicos estudiados presentan en su mayoría familias disfuncionales en grado moderado. No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y funcionalidad familiar entre pacientes hombres y mujeres. .No existe diferencia estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y el tiempo de enfermedad de los pacientes en estudio.

- ROJO, D. (2014) es su investigación “Dinámica familiar asociada a depresión en pacientes oncológicos en quimioterapia ambulatoria del hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, en el mes de enero, Arequipa 2014”. En el presente trabajo se buscó determinar en los pacientes oncológicos que reciben

quimioterapia ambulatoria del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo la correlación existente entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar. Para lo cual se Encuestó a la población de estudio aplicando una ficha de datos, el Test de Depresión de Zung, y el test de Función Familiar de Apgar. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba Rho Spearman y Percentiles. Sus conclusiones son los pacientes oncológicos estudiados presentan en su mayoría familias Disfuncionales prevalentemente en grado moderado. En la población de estudio se encontró gran número de pacientes que presentan depresión, prevalentemente en grado leve y moderado.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 TEORÍA DE ENFERMERIA

TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.

- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.

- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Persona Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. en enfermería La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas

actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Necesidades básicas

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Distintos elementos del meta paradigma de enfermería

- **Salud:** definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.

- **Entorno:** todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- **Persona:** hace dos definiciones:
Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.
- **Enfermería:** Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

2.2.2 AUTOESTIMA

Cuando hablamos de autoestima, nos estamos refiriendo a una actitud hacia uno mismo. Significa aceptar ciertas características determinadas tanto antropológicas como psicológicas, respetando otros modelos. Si la contemplamos como una actitud, nos referimos a la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo. Se trata así de la disposición permanente para enfrentarnos con nosotros mismos y el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias. La autoestima conforma nuestra personalidad, la sustenta y le otorga un sentido. Se genera como resultado de la historia de cada persona, no es innata; es el resultado de una larga secuencia de acciones y sentimientos que se van sucediendo en el transcurso de nuestros días.

La autoestima tiene una naturaleza dinámica, puede crecer, arraigarse más íntimamente, conectarse a otras actitudes nuestras o, por el contrario, debilitarse y empobrecerse. Es una forma de ser y actuar que radica en los niveles más profundos de

nuestras capacidades, pues resulta de la unión de muchos hábitos y aptitudes adquiridos. Se trata de la meta más alta del proceso educativo, pues es precursora y determinante de nuestro comportamiento y nos dispone para responder a los numerosos estímulos que recibimos. (7)

“las personas que gozan de una alta autoestima están lejos de gustar siempre a los otros, aunque la calidad de sus relaciones sea claramente superior a la de personas de baja autoestima. Como son más independientes que la mayoría de la gente, son también más francas, más abiertas con respecto a sus pensamientos y sentimientos. Si están felices y entusiasmadas, no tienen miedo de mostrarlo. Si sufren, no se sienten obligadas a “disimular”. Si sostienen opiniones impopulares, las expresan de todos modos. Son saludablemente auto afirmativas”.

En la autoestima encontramos tres componentes interrelacionados de tal modo que una modificación en uno de ellos lleva consigo una alternación en los otros: cognitivo, afectivo y conductual.

- **Componente cognitivo:** Formado por el conjunto de conocimientos sobre uno mismo. Representación que cada uno se forma acerca de su propia persona, y que varía con la madurez psicológica y con la capacidad cognitiva del sujeto. Por tanto, indica ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de la información. El auto concepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima y las restantes dimensiones caminan bajo la luz que les proyecta el auto concepto, que a su vez se hace acompañar por la autoimagen o representación mental que la persona tiene de sí misma en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. Un auto concepto repleto de autoimágenes ajustadas, ricas e intensas en el espacio y tiempo en que vivimos demostrará su máxima eficacia en nuestros comportamientos. La fuerza del auto

concepto se basa en nuestras creencias entendidas como convicciones, convencimientos propios; sin creencias sólidas no existirá un auto concepto eficiente.

- **Componente afectivo:** Sentimiento de valor que nos atribuimos y grado en que nos aceptamos. Puede tener un matiz positivo o negativo según nuestra autoestima: “Hay muchas cosas de mí que me gustan” o “no hago nada bien, soy un inútil”. Lleva consigo la valoración de nosotros mismos, de lo que existe de positivo y de aquellas características negativas que poseemos. Implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Es admiración ante la propia valía y constituye un juicio de valor ante nuestras cualidades personales. Este elemento es la respuesta de nuestra sensibilidad y emotividad ante los valores que percibimos dentro de nosotros; es el corazón de la autoestima, es la valoración, el sentimiento, la admiración, el desprecio, el afecto, el gozo y el dolor en la parte más íntima de nosotros mismos.
- **Componente conductual:** Relacionado con tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un proceso de manera coherente. Es la autoafirmación dirigida hacia el propio yo y en busca de consideración y reconocimiento por parte de los demás. Constituye el esfuerzo por alcanzar el respeto ante los demás y ante nosotros mismos(8)

La autoestima (lo que una persona siente por sí misma) está relacionada con el conocimiento propio (lo que una persona piensa de sí misma). En un individuo puede detectarse su autoestima por lo que hace y cómo lo hace. Existen tres buenos motores que influyen en el comportamiento del individuo y suelen manifestarse simultáneamente:

Actuar para obtener una mayor satisfacción y creerse mejor. En este caso, dicho individuo buscaría alabanzas eludiendo tareas en las que podría fallar y haciendo aquellas en las que está seguro.

Actuar para confirmar la imagen que los demás, y él mismo, tienen de sí. Como por ejemplo, si una persona cree ser un buen

futbolista, querrá jugar al fútbol siempre que encuentre la menor oportunidad. Si por el contrario cree que se le da mal la jardinería, arreglará mal ciertas cosas del jardín y dirá que es por azar cualquier mejoría que experimente en esta afición.

Actuar para ser coherente con la imagen que tiene de sí, por mucho que cambien las circunstancias. Para el individuo es muy difícil cambiar algo de sí mismo que afecte a alguna de sus ideas básicas y posibilite un comportamiento diferente.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INDIVIDUOS CON AUTOESTIMA ALTA O BAJA

Con alta autoestima:

- Toma iniciativas.
- Afronta nuevos retos
- Valora sus éxitos.
- Sabe superar los fracasos, muestra tolerancia a la frustración.
- Muestra amplitud de emociones y sentimientos
- Desea mantener relaciones con los otros.
- Es capaz de asumir responsabilidades.
- Actúa con independencia y con decisión propia.

Con baja autoestima:

- Sin iniciativas, necesita la guía de los otros.
- Tiene miedo a los nuevos retos.
- Desprecia sus aptitudes.
- Tiene poca tolerancia a la frustración, se pone a la defensiva fácilmente.
- Tiene miedo a relacionarse, siente que no será aceptado
- Tiene miedo de asumir responsabilidades.
- Muestra estrechez de emociones y sentimientos.
- Es dependiente de aquellas personas que considera superiores; se deja influir. (9)

Baja autoestima o timidez

La “baja autoestima” se puede considerar como un factor que incide en una “personalidad tímida”. La timidez es un problema complejo; podrían señalarse causas de tipo:

- **Biológico:** Se ha descubierto un gen que condicionaría la personalidad del niño; además los niños con un temperamento más pausado tienen mayor predisposición a la timidez.
- **Aprendido:** Aprendizaje de huida como respuesta ante la tensión que le producen las relaciones sociales, pocas oportunidades de explorar relaciones sociales, ejemplos inadecuados de habilidades sociales.
- **Evolutivo:** Los niños tímidos suelen tener un auto concepto negativo y se quieren poco a sí mismos.
- **Sociales:** Relación inadecuada con los padres, por sobreprotección, lo que impide el desarrollo del niño, por poca atención o por ausencia de normas que provocan inseguridad en el niño, o también por existir necesidades emocionales insatisfechas o rechazos, amenazas o burlas de sus familiares o entorno social más inmediato. (10)

Un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es la autoestima; es decir el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor. Por tanto, la autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

TIPOS DE AUTOESTIMA

La palabra autoestima se designa a aquellos pensamientos, sentimientos, emociones y apreciaciones que una persona tiene sobre sí misma. Es decir, es una percepción de tipo evaluativa formada por el individuo y dirigida hacia él.

AUTOESTIMA POSITIVA O ALTA

Esta clase de autoestima está fundada de acuerdo a dos sentimientos de la persona para con sí misma: la capacidad y el valor. Los individuos con un autoestima positiva poseen un conjunto de técnicas internas e interpersonales que los hace enfrentarse de manera positiva a los retos que deba enfrentar.

Tienden a adoptar una actitud de respeto no sólo con ellos mismos sino con el resto. Por otro lado, en un sujeto con una autoestima alta existen menos probabilidades de autocrítica, en relación con las personas que poseen otro tipo de autoestimas.

AUTOESTIMA MEDIA O RELATIVA

El individuo que presenta una autoestima media se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto. Es decir, esta clase de personas se presentan seguros frente a los demás aunque internamente no lo son. De esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y períodos de baja autoestima (producto de alguna crítica).

AUTOESTIMA BAJA

Este término alude a aquellas personas en las que prima un sentimiento de inseguridad e incapacidad con respecto a sí misma. Carecen de dos elementos fundamentales como son la competencia por un lado y el valor, el merecimiento, por el otro.

Existe una mayor predisposición al fracaso debido a que se concentran en los inconvenientes y los obstáculos que en las soluciones

Así, un individuo con baja autoestima se presentara como víctima frente a sí mismo y frente a los demás, evadiendo toda posibilidad de éxito de manera voluntaria (11)

El cáncer puede dañar la autoestima

La sociedad y la publicidad nos piden ser perfectos. Por eso cuando surge la enfermedad, cuando las cosas no salen como habíamos planificado, nuestra autoestima se resiente.

El cáncer y los tratamientos recibidos pueden dañar tu autoestima de varias formas:

- Por los cambios en tu imagen (pérdida del cabello, aumento de peso, cicatrices, secuelas de la cirugía, pérdida de la mama...).
- Por los cambios en tu independencia y estilo de vida (no poder trabajar todavía, cambio en el trabajo, deporte, etc.).
- Por las consecuencias derivadas de los tratamientos sobre algún órgano o función determinada (fertilidad, habla, movilidad, etc.).

La presencia de alguna de estas consecuencias puede hacer que te sientas menos valioso, menos útil o menos atractivo. Esto genera sentimientos de inseguridad y puede provocar aislamiento, reducir las relaciones sociales, alejamiento de la pareja y de los demás, y en general, puede limitar tu actividad diaria.

Este daño es normal, es algo que les ocurre a muchas personas en tu misma situación. Pero no debes olvidar que la autoestima es algo que podemos trabajar y “reconstruir”.

Necesitamos aceptarnos como un todo, con límites y capacidades. Querernos sin condiciones. Sólo así sentiremos el aumento de la autoestima. Necesitamos valorar lo mejor de nosotros y lo menos bueno. (12)

La autoestima es un concepto claramente relacionado con la imagen corporal. La autoestima es definida por Rosenberg (1965) como una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo. Ambos términos, imagen corporal y autoestima, forman parte del auto concepto.

Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal correlaciona negativamente con la autoestima y el auto concepto. El bienestar emocional y subjetivo se ve alterado en muchas ocasiones por esta situación; y el auto concepto, tanto la autoestima como la imagen corporal, y el ámbito sexual, reflejan dichos cambios.

Fernández ha clasificado las variables que influyen en el cambio en la imagen corporal de las personas que padecen cáncer, señalando:

El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado: Los estudios muestran mayor carga emocional cuando el tumor afecta al área de la cabeza y del cuello (importante papel de la cara en la interacción social, la comunicación y expresión emocional). Por otra parte, hay evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que los tratamientos quirúrgicos conservadores. Por último, los enfermos con mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física.

Reacción del entorno y apoyo social percibido: La imagen corporal va variando en función de las experiencias. La aceptación y el apoyo de familiares y amigos juegan un papel clave para facilitar la aceptación de la nueva imagen corporal.

- **La disponibilidad y acceso a los recursos necesarios:** El uso de pañuelos, gorros, pelucas y prótesis, adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente o el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica, va a facilitar que la persona pueda superar las necesidades que surgen como consecuencia de la enfermedad y los tratamientos.
- **Características de la personalidad:** Es cada vez más frecuente en la literatura encontrar publicaciones que reflejan la existencia de rasgos protectores y potenciadores del bienestar como el optimismo, la flexibilidad, locus de control interno,... características que se han relacionado con la resiliencia y el crecimiento postraumático.

La valorización o significado que la persona realiza de la alteración física concreta, ya que lo importante no siempre es el cambio objetivo que ha sufrido la persona, sino el significado que le atribuye. Esta valoración está mediada por las creencias que posee el individuo sobre su imagen corporal, sus habilidades de afrontamiento y sus características de personalidad. Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987): Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita. Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal. No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptivas y subjetivas no siempre es alta (Cash y Pruzinsky, 1990). En general, la insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal.

Cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con

intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana hablamos de trastornos de la imagen corporal. Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre autoestima, estados de ánimo deprimidos, ansiedad interpersonal, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, etc. El estudio de la imagen corporal en pacientes con cáncer es un tema complejo por diversas razones, ya que aparte de ser un área relativamente nueva de estudio y que se ha centrado prácticamente de forma específica en pacientes con cáncer de mama, se trata de un campo muy amplio con muchas posibilidades de evaluación e intervención, lo que complica la posibilidad de generalizar los resultados.

Sin embargo, será necesaria su cobertura y apoyo por parte de todos los profesionales implicados en la relación terapéutica y de ayuda al paciente con cáncer, con el objetivo de garantizar la mejor atención posible.

Los profesionales tenemos la obligación ética de facilitar apoyo y cobertura de todas las necesidades del paciente, entre ellas la imagen corporal, puesto que ello permite al paciente afrontar mejor el proceso de enfermedad y tratamiento, así como la vida después de un cáncer a la vez que manejar más eficazmente los procesos de toma de decisiones y solución de problemas y, por ende, mejorar su calidad de vida. (13)

2.1.2. DEPRESIÓN

TIPOS

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos

tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

- **Trastorno depresivo recurrente:** como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

- **Trastorno afectivo bipolar:** este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

FACTORES CONTRIBUYENTES Y PREVENCIÓN

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir

depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve.

Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela. (OMS 2017) (14)

A lo largo de nuestra vida todos sufrimos experiencias dolorosas que nos hacen sentirnos tristes (muerte de seres queridos, separaciones, desengaños, infidelidades, enfermedades, etc.). El dolor provocado por estas experiencias va disminuyendo con el paso del tiempo.

Sin embargo, cuando sufrimos de depresión los sentimientos de profunda tristeza duran como mínimo dos semanas o más.

La depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente

TIPOS

Existen varios tipos de depresión que requieren un abordaje diferente:

- **La depresión mayor** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. La depresión suele ocurrir una vez, pero es una enfermedad que suele provocar recaídas a lo largo de la vida.
- **La distimia** es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.

- **El desorden bipolar** es el tercer tipo. También se denomina enfermedad maniaco-depresiva. La prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores. Se caracteriza por cambios de humor. Estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo.
- **En el ciclo maniaco**, pueden sentirse hiperactivos, excesivamente locuaz y con demasiada energía. A veces la manía afecta al pensamiento, el juicio y el comportamiento social del individuo. Si la manía se deja sin tratar puede llevar a un estado psicótico. Si la manía no se trata puede empeorar y provocar un estado psicótico.
- **Depresión post-parto**. Alrededor del 10 o 15 por ciento de las nuevas madres lloran constantemente, se sienten terriblemente ansiosas, no pueden dormir e, incluso no son capaces de tomar decisiones sencillas. Es lo que se conoce como depresión post-parto. La depresión post-parto es una deformación severa del baby blues, un problema que sufren las dos terceras partes de las madres que se manifiesta con un poco de tristeza y ansiedad. Algunas madres sufren una ruptura total, denominada psicosis post-parto. Las razones por las que se produce no están muy claras. Puede ser el estrés, el desajuste hormonal producido durante el embarazo y el posterior parto (las hormonas femeninas circulan abundantemente durante el embarazo y caen bruscamente después). Además, durante el embarazo suben los niveles de endorfinas, una molécula humana que hace que el cuerpo se sienta bien. Esta molécula también decae tras dar a luz. Entre los principales síntomas de la depresión post-parto destacan la tristeza profunda, el insomnio, el letargo y la irritabilidad.
- Por último, haber padecido una depresión aumenta el riesgo también. Existen diversos tratamientos. Uno de los más utilizados

es la terapia grupal, aunque en ocasiones también es necesario tomar antidepresivos. Respecto a estos fármacos, existe cierto medio de que se puedan transmitir al niño a través de la leche. En general, el único fármaco que da problemas es el litio, que sí se introducen en la leche, por lo que es necesario dejar de amamantar.

DIAGNÓSTICO

La indagación en la historia del paciente es un arma fundamental para que el profesional pueda diagnosticar un caso de depresión. Se debe incluir una historia médica completa, donde se vea cuándo empezaron los síntomas, su duración y también hay que hacer preguntas sobre el uso de drogas, alcohol o si el paciente ha pensado en el suicidio o la muerte. Una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado. Para diagnosticar un trastorno depresivo, se deben de dar en el periodo de dos semanas alguno de los síntomas antes tratados. Uno de ellos debe ser el cambio en el estado de ánimo, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

(La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento. (14)

CAUSAS

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse, o pérdida de los privilegios para conducir)

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Trastornos tiroideos
- Mal de Parkinson
- Enfermedad del corazón
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Demencia (como mal de Alzheimer)

El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión.)(14)

SÍNTOMAS

Acompañada generalmente de ansiedad, la depresión produce en el paciente una impresión dolorosa de impotencia global, de fatalidad que le desespera, que a veces llevan a pensamientos de

culpabilidad, indignidad, ruina económica o hipocondría, pudiendo incluso pensar en el suicidio.

Los síntomas más significativos de la depresión son la tristeza, el pesimismo, baja autoestima, desinterés, junto con una pérdida de energía (se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana), de motivación y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables.

- **Estado de ánimo:** la persona deprimida muestra tristeza como principal característica del estado de ánimo. Se muestra abatida, insatisfecha, y reconoce no ser ella misma. Un gran número de personas deprimidas no son capaces de explicar el motivo que les lleva a sentirse tristes; en cambio otros, asocian su estado con hechos o vivencias determinados. El llanto, incluso sin razón aparente, aparece de forma frecuente entre los depresivos de grado leve o moderado. Sin embargo los enfermos depresivos en grado agudo son incapaces de llorar.
- **Pensamiento:** la persona deprimida imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monótono, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente. En muchos casos, los primeros signos de la enfermedad se muestran en la incapacidad creciente de salir adelante en sus ocupaciones y responsabilidades. La persona deprimida se enjuicia a sí misma dentro de una gama de pensamientos que va desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad negando éxitos y habilidades pasadas.
- **Conducta y aspecto:** como dice el refrán “la cara es el reflejo del alma”. Las personas deprimidas muestran un rostro triste, insatisfecho y a medida que la depresión se hace más profunda, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto físico. El retardo psicomotor se suele asociar también con la depresión

apareciendo un decaimiento de los movimientos corporales y mentales y disminuyendo los gestos expresivos y movimientos espontáneos. En algunos casos la persona deprimida muestra un estado de agitación mostrando inquietud física y psicológica.

- **Disminución de apetito y peso:** la pérdida de ganas de comer hace que las personas deprimidas adelgacen de forma considerable. En algunos casos la depresión va acompañada por un aumento del apetito.
- **Estreñimiento:** es habitual alcanzando periodos largos.
- **Alteraciones del sueño:** es muy habitual que las personas deprimidas duerman mal despertándose durante la noche, teniendo dificultad para conciliar el sueño o sintiendo que el sueño no ha sido reparador. En algunos casos se produce el caso opuesto durmiendo demasiado.
- **Síntomas físicos:** generalizados como, opresión en el pecho, sequedad de boca, dolores de cabeza, problemas digestivos, etc.
- **Alteraciones menstruales:** se pueden producir cambios en el ciclo menstrual.
- **Pérdida de la libido:** se suele producir una pérdida de interés hacia el sexo, en ocasiones, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer.
- **Rasgos de ansiedad:** Cuando la ansiedad prevalece en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Para tratar la depresión existen varias posibilidades:

- Realización de una psicoterapia.
- Tratamiento con medicamentos antidepresivos.
- Una combinación entre la psicoterapia y los medicamentos.

La psicoterapia trata de identificar los factores psicológicos que desencadenan la depresión y posteriormente nos permite desarrollar recursos para afrontarlos de forma eficaz. Además es un trabajo personal que nos ayuda a conocernos a nosotros mismos de forma más profunda pudiendo de esta forma encontrar una sintonía entre nuestros pensamientos y nuestros actos.

TRISTEZA Y DEPRESIÓN

Muchas personas con cáncer se sienten tristes. Tienen una sensación de pérdida de su salud y de la vida que tenían antes de enterarse de que tenían la enfermedad. Incluso cuando haya terminado el tratamiento, puede que todavía se sienta triste. Esta es una respuesta normal ante cualquier enfermedad grave. Es posible que lleve tiempo superar y aceptar todos los cambios que están ocurriendo. (16)

Cuando siente depresión, puede sentirse con muy poca energía, con cansancio y sin ganas de comer. En algunas personas, estos sentimientos desaparecen o disminuyen con el tiempo. En otras, estas emociones pueden intensificarse. Los sentimientos dolorosos no mejoran y se interponen en la vida cotidiana. Esto puede ser una afección médica llamada **depresión**. Para algunas personas, el tratamiento del cáncer puede haber contribuido a este problema cambiando la manera en que funciona el cerebro. (16)

2CÓMO OBTENER AYUDA PARA LA DEPRESIÓN

La depresión tiene tratamiento. A continuación se detallan signos comunes de depresión. Si usted tiene alguno de los siguientes signos durante más de 2 semanas, hable con su médico acerca del tratamiento. Sepa que algunos de estos síntomas podrían deberse a problemas físicos, por lo que es importante que hable acerca de los mismos con su médico. (16)

Signos emocionales:

- Sentimientos de tristeza que no desaparecen
- Sentirse paralizado emocionalmente
- Sentirse nervioso o tembloroso
- Sentirse indefenso o desesperado, como que la vida no tiene sentido
- Sentirse irritable, con mal humor
- Le resulta difícil concentrarse, se siente con la mente en otro lado
- Llanto por largos ratos o muchas veces al día
- Se enfoca en las preocupaciones y los problemas
- Falta de interés en pasatiempos y en actividades que solía disfrutar
- Le resulta difícil disfrutar las cosas cotidianas, tales como la comida o estar con la familia y los amigos
- Piensa en hacerse daño
- Pensamientos sobre cómo suicidarse

Cambios en el cuerpo:

- Aumento o pérdida de peso involuntario que no se debe a la enfermedad ni al tratamiento
- Trastornos del sueño, tales como no poder dormir, tener pesadillas o dormir demasiado
- Palpitaciones, sequedad de la boca, aumento de la sudoración, malestar estomacal, diarrea
- Cambios en su nivel de energía
- Fatiga que no desaparece
- Dolores de cabeza, otros malestares y dolores(16)

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

- a) **AUTOESTIMA:** La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen: es la percepción evaluativa de nosotros mismos.
- b) **DEPRESIÓN :** es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana
- c) **CÁNCER:** El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo
- d) **ONCOLOGÍA:** La oncología es la especialidad médica que estudia y trata las neoplasias; tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los tumores malignos o cáncer

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

HIPÓTESIS GENERAL

H1: es probable que el nivel de autoestima se relacione significativamente con el nivel de depresión en pacientes del servicio de oncología

H0: la autoestima no se relaciona con la depresión en pacientes del servicio de oncología

HIPÓTESIS ESPECÍFICA

H1: es probable que el nivel de autoestima en los pacientes hospitalizados, servicio de oncología sea bajo

H2: es probable que el nivel de depresión en los pacientes hospitalizados, servicio de oncología sea alto

2.5. VARIABLES

2.5.3. Operacionalizacion de la variable

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	INSTRUMENTO	CATEGORÍA	ESCALA
Autoestima es el juicio personal de dignidad que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo	Percepción evaluativa física	Imagen corporal	1,2,4,6,13,15,16,18,28,29	Test de Coopersmith	Autoestima alta: 44- 60 puntos Autoestima media: 35-60 puntos Autoestima baja: 30-34 puntos	Ordinal
	Percepción evaluativa afectiva	Auto concepto	3,5,7,10,11,12,24,25,26,			
	Percepción evaluativa social	Relación con el entorno	8,9,14,17,19,20,21,27,30,31			
Depresión La depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado asimismo se puede observar otras alteraciones con la disminución del apetito	Estado de animo	Animo deprimido	1	Escala de Hamilton	Depresión muy severa: 23 a + Depresión severa: 19-22 Depresión moderada: 14-18 Depresión leve: 8-13 Ausencia de depresión: 0-7	Ordinal
		Sentimiento de culpa	2			
		suicidio	3			
	Calidad de sueño	Insomnio precoz	4			
		insomnio intermedio	5			
		insomnio tardío	6			

alteraciones en los ciclos del sueño sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados disminución de la capacidad para pensar concentrarse tomar decisiones pensamientos recurrentes o ideas suicidas	motricidad	Trabajo y actividades	7			
		Retardo	8			
		Agitación psicomotora	9			
		Ansiedad Psíquica	10			
		Ansiedad somática	11			
	ansiedad	Síntomas somáticos	12			
		Síntomas sexuales	13			
	Sintomatología	Hipocondría	14			
		Pérdida de peso	15			
		Perspicacia o introspección	16			

CAPITULO III: METODOLOGÍA

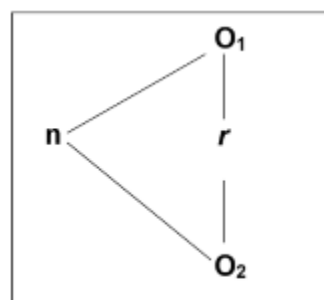
3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 TIPO

El presente estudio es de tipo descriptivo, en la medida que pretende describir y analizar sistemáticamente un conjunto de hechos (nivel de autoestima) relacionados con otros fenómenos (nivel de depresión) tal como se da en el presente caso. Así mismo, el presente estudio pertenece al enfoque cuantitativo, es de tipo correlacional porque establece la relación entre dos variables. Según el número de variables es bivariado, es transversal porque la medición de las variables se ejecuta en un solo momento.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional, porque mide las dos variables de estudio y luego se establece la relación que existe entre ellas. La representación del diseño de la investigación es la siguiente:



Donde:

N = muestra

Ox = variable X: Síndrome de Burnout

Oy = variable Y: Autocuidado

r = relación

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio de investigación se realizará en el hospital Goyeneche está ubicado

3.2.1 UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio de investigación se realizara en los periodos comprendidos entre los meses de septiembre a octubre del 2017

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN

La población está constituida por 1200 pacientes adultos de 19 a 70 años de edad con dx medico de cáncer en el hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa

3.3.2 MUESTRA

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y estuvieron presentes en el momento de la entrevista

$$n = \frac{N (Z^{\alpha/2})^2}{4NE^2 + (Z^{\alpha/2})^2}$$

Donde:
N= población
 $Z^{\alpha}/2$ = nivel de confianza
E= nivel de error

$$n = \frac{1200 (1.96)^2}{4(1200) (0.05)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = \frac{4609.92}{4800 (0.0025) + 3.8416}$$

$$n = 291$$

Finalmente, se tomará una muestra constituida por 291 pacientes del servicio de oncología del hospital Goyeneche

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas de 19 a 70 años de edad con diagnóstico médico de cáncer
- Pacientes oncológicos atendidos en el servicio de oncología en el hospital Goyeneche de Arequipa
- Pacientes que acepten y permitan voluntariamente participar en la investigación

3.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con dificultades para comunicarse y personas que no deseen responder el cuestionario

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICAS

La técnica que se ha utilizaran para dicha investigación es la encuesta que se realiza a cada paciente para medir el nivel de autoestima y depresión

3.4.2. INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizan dos cuestionarios semi estructurados los cuales constan de 30 y 17 ítem

A. TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Fue ideado por Hamilton 1960 y modificado por barrios y Quispe 2015 consiste en u test de valoración que consta de 17 ítems basados en la observación del paciente y que evalúa determinados síntomas y signos establecidos la presencia de depresión y su severidad de acuerdo a los criterios de la DSM-IV para el diagnóstico de depresión (anexo 1)

A cada uno de los ítems se le asignan un puntaje de acuerdo al grado de afectación y pudiendo llegar hasta 4 mayor grado de afectación encontrada durante la evaluación del paciente. la suma de puntaje menor de 7 puntos indica ausencia de depresión de 8 a 13 puntos depresión leve de 14 a 18 puntos depresión moderada de 19 a 22 puntos depresión severas y 23 a más depresión muy severa

B. EVALUACIÓN DE AUTOESTIMA A PACIENTES ONCOLÓGICOS DE COOPERSMITH

Fue ideado por Stanley Coopersmith 1959 y modificado por Chavarri y escobar 2009 en investigación sobre el nivel de autoestima en pacientes con Cáncer el instrumento está constituido por 58 ítems de los cuales fueron seleccionados 25 ítems a las cuales se le agregaron 5 ítems más en razón a la enfermedad haciendo un total de 30 ítems las opciones de las respuestas fueron SI y NO

Asignando valores de 1 y 2 obteniendo un total de 60 puntos como máximo y 30 puntos mínimo se clasificó como autoestima baja 30 a 34 puntos media de 35 a 43 puntos y alta 44 a 60 puntos (anexo 2)

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL TEST DE HAMILTON

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

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

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTOS DE DATOS

- El presente proyecto se elaboró contando con la participación de los asesores señalados por la escuela profesional de enfermería.
- Los instrumentos se sometieron a validación por docentes expertos de la escuela de enfermería.
- Se solicitará la aprobación del proyecto de investigación por el comité de investigación de la escuela de enfermería de la UAP.
- Se solicitó la autorización para realizar la recolección de datos al hospital Goyeneche
- Luego de la aprobación y del levantamiento de las observaciones por parte del comité científico, se procederá a la aplicación de la prueba piloto.
- Los instrumentos serán validados estadísticamente aplicando el análisis factorial en el programa SPSS versión 23.0.
- Una vez validados los instrumentos se evaluará la confiabilidad aplicando el alfa de Cron Bach.

- Luego se aplicarán los instrumentos a la muestra calculada y se realizara el análisis estadístico respectivo.
- Se llevará a cabo la elaboración de los cuadros estadísticos y el análisis aplicando la prueba del Chi cuadrado.
- Se realizarán la discusión, las conclusiones y recomendaciones.
- Se presentara el informe de tesis al comité científico de la escuela de enfermería para su revisión y aprobación.
- Sometido el informe final a revisión y aprobación por parte del comité científico se solicitará la fecha para la sustentación del informe final ante el jurado designado

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2017

NIVEL DEPRESIÓN	DE	NIVEL DE AUTOESTIMA							
		ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve		64	22%	18	6%	11	4%	93	32%
Moderado		12	4%	128	44%	29	10%	169	58%
Severo		6	2%	5	2%	18	6%	29	10%
Total		82	28%	151	52%	58	20%	291	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, que tienen un nivel Alto de Autoestima, tienen a su vez un nivel de depresión Leve en un 22%, los pacientes hospitalizados con un nivel de Autoestima Medio, tienen a su vez un nivel de depresión Moderado en un 44% y los pacientes hospitalizados con un nivel de Autoestima Baja tienen a su vez un nivel de depresión Severo en un 6%. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Autoestima y depresión de los pacientes.

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS PACIENTES HOSPITALIZADOS, EN
EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE ,AREQUIPA –
2017

Edad	N°	%
18 a 24	29	10%
25 a 31	47	16%
32 a 38	79	27%
49 a más	136	47%
Total	291	100%
Estado civil	N°	%
Soltera	67	23%
Casada	82	28%
Viuda	29	9%
Conviviente	113	40%
Total	291	100%
Grado de instrucción	N°	%
Ninguno	29	10%
Primaria completa	116	40%
Secundaria Completa	79	27%
Técnico superior	47	16%
Superior	20	7%
Total	291	100%
Sexo		
Masculino	128	44%
Femenino	163	56%
Total	291	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Las características demográficas de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, tienen edades 49 a más años, en mayor porcentaje de 47%, de acuerdo a su estado civil en mayor porcentaje son convivientes en un 40%. Por el grado de instrucción tienen primaria completa en un 40% y por el sexo en gran porcentaje son masculino en un 56%.

TABLA 3
NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYONECHE – 2017

AUTOESTIMA	N°	Porcentaje
Alta	82	28%
Media	151	52%
Baja	58	20%
Total	291	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, que tienen un nivel Alto de Autoestima, en un 28%, un nivel de Autoestima Media en un 52% y un nivel de Autoestima Baja en un 20%.

TABLA 4
NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYONECHE – 2017

DEPRESIÓN	N°	Porcentaje
Leve	93	32%
Moderada	169	58%
Severa	29	10%
Total	291	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, que tienen un nivel Leve de Depresión en un 32%, un nivel de Depresión Moderada en un 58% y un nivel de Depresión Severa en un 10%.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ho: La autoestima no se relaciona con la depresión en pacientes del servicio de oncología.

H1: El nivel de autoestima se relacione significativamente con el nivel de depresión en pacientes del servicio de oncología.

Ho ≠ H1

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 5: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Autoestima	Depresión
	Correlación de Pearson	1	,931**
Autoestima	Sig. (bilateral)		,000
	N	291	291
	Correlación de Pearson	,931**	1
Depresión	Sig. (bilateral)	,000	
	N	291	291

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 5:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,931, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: El nivel de autoestima se relacione significativamente con el nivel de depresión en pacientes del servicio de oncología.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo general, se buscó determinar la relación de autoestima y la depresión de los pacientes, encontrándose que los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, que tienen un nivel Alto de Autoestima, tienen a su vez un nivel de depresión Leve en un 22%, los pacientes hospitalizados con un nivel de Autoestima Medio, tienen a su vez un nivel de depresión Moderado en un 44% y los pacientes hospitalizados con un nivel de Autoestima Baja tienen a su vez un nivel de depresión Severo en un 6%. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Autoestima y depresión de los pacientes. Coincidiendo con CARVALHO ET AL. (2015) quienes llegaron a la conclusión que los pacientes oncológicos evaluados presentaron autoestima alta; por lo tanto, resulta crucial que la enfermería planee la asistencia de los pacientes en tratamiento quimioterapéutico, permitiendo acciones y estrategias que atiendan los mismos acerca de su estado físico, así como al psicosocial, teniendo en cuenta el mantenimiento y la rehabilitación de aspectos emocionales de estas personas. Coincidiendo además con LANDA ET AL (2013) concluye que existe una relación entre la ansiedad y la depresión con la presencia e intensidad de los síntomas físicos, y se discuten los posibles mecanismos involucrados.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Las características demográficas de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, tienen edades 49 a más años, en mayor porcentaje de 47%, de acuerdo a su estado civil en mayor porcentaje son convivientes en un 40%. Por el grado de instrucción tienen primaria completa en un 40% y por el sexo en gran porcentaje son masculino en un 56%.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, que tienen un nivel Alto de Autoestima, en un 28%, un nivel de Autoestima Media en un 52% y un nivel de Autoestima Baja en un

20%. Coincidiendo con ROJO (2014) cuyas conclusiones son los pacientes oncológicos estudiados presentan en su mayoría familias Disfuncionales prevalentemente en grado moderado. En la población de estudio se encontró gran número de pacientes que presentan depresión, prevalentemente en grado leve y moderado.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, que tienen un nivel Leve de Depresión en un 32%, un nivel de Depresión Moderada en un 58% y un nivel de Depresión Severa en un 10%. Coincidiendo con LAZO (2015) conclusiones fueron Existe correlación entre el nivel de funcionalidad familiar y el nivel de depresión de los pacientes con cáncer y quimioterapia del IREN. La mayoría de pacientes evaluados del IREN presenta depresión entre moderada y severa Los pacientes oncológicos estudiados presentan en su mayoría familias disfuncionales en grado moderado. No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y funcionalidad familiar entre pacientes hombres y mujeres. .No existe diferencia estadísticamente significativa entre la disfunción familiar y el tiempo de enfermedad de los pacientes en estudio.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: El nivel de autoestima se relacione significativamente con el nivel de depresión en pacientes del servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, donde hemos encontrado que existe relación significativa entre la autoestima y depresión de los pacientes, existiendo además una relación inversa, es decir, a mayor autoestima existe menor depresión, asimismo, a menor autoestima es mayor la depresión. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,913 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

De acuerdo con las características demográficas de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, en mayor porcentaje tienen edades 49 a más años, su estado civil en mayor porcentaje son convivientes. Por el grado de instrucción tienen primaria completa y por el sexo en gran porcentaje son de sexo masculino.

TERCERO

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, tienen un nivel Medio de Autoestima.

CUARTO

Los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, tienen un nivel Moderada de Depresión.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Implementar programas de educación donde permitan desarrollar habilidades y destrezas para la mejora de la autoestima en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyoneche, Arequipa, como herramienta fundamental para garantizar el cuidado oportuno, continuo y libre de riesgo del paciente que reciben el tratamiento adecuado.

SEGUNDO

Implementar talleres de manejo de emociones para los licenciados de enfermería, con el fin que lleve una mejor comunicación con el paciente y los puedan orientar en la autoestima y depresión.

TERCERO

Proporcionar atención, identificándose y dirigiéndose con amabilidad, favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas sentimientos y emociones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS) depresión, nota descriptiva 2017 obtenida de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- (2) kurlowics,l. greenber ,s. la escala de depresión geriátrica (GDSpor sus citas en ingles) try this best Practices in Nursing care to Older Adults (internet) 2007 disponible en : https://consultgeri.org/uploads/file/trythis/try_this_4_span.pdf
- (3) Psic. Silvia Russek Lic. En Psicología Clínica.Diplomado en Terapia de Pareja.Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual. (cáncer) <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/cancer-articulos.html>
- (4) Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v 1.0, Cáncer Incidente and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11
Lyon, France: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2013.
- (5) GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic análisis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724.
- (6) <http://rpp.pe/peru/actualidad/arequipa-casos-de-cancer-se-incrementan-en-15-al-ano-noticia-639565>
- (7) Roa a LA EDUCACIÓN EMOCIONAL, EL AUTOCONCEPTO, LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA EN LA INFANCIA 2013
- (8) Branden n (2010: 45)
- (9) Ana Roa García LA EDUCACIÓN EMOCIONAL, EL AUTOCONCEPTO, LA AUTOESTIMA Y SU IMPORTANCIA EN LA INFANCIA 5 de 2013
- (10) Branden, N. (2010). Cómo mejorar su autoestima. Barcelona, Paidós.
- (11) <http://www.tiposde.org/salud/214-tipos-de-autoestima/>
- (12) <http://www.curadosdecancer.com/cuidate/cuida-tus-emociones/mi-autoestima>
- (13) Yélamos c Agua Psicóloga Especialista en Psicología Clínica Directora Fundación Grupo IMO07 JUN 2016 universidad de alcala

<https://www.formacionmbl.com/actualidad/articulos-relacionados/la-imagen-corporal-una-necesidad-del-paciente-oncologico-por-carmen-yelamos-psicologa.html>

- (14) oms 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- (15) nih instituto nacional del cancer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. Publicación: 2 de diciembre de 2014 UU. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
- (16) <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>
Instituto Nacional del Cáncer
- (17) de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depression-pdq#section/_224

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa -2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características demográficas, de los pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa -2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de autoestima en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa - 2017?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche, Arequipa- 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche ,Arequipa – 2017</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Identificar las características demográficas pacientes hospitalizados, en el servicio de oncología del hospital Goyeneche ,Arequipa – 2017</p> <p>Identificar el nivel de autoestima en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del hospital Goyeneche – 2017</p> <p>Identificar el nivel de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del hospital Goyeneche – 2017</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>H1: es probable que el nivel de autoestima se relacione significativamente con el nivel de depresión en pacientes del servicio de oncología</p> <p>H0: la autoestima no se relaciona con la depresión en pacientes del servicio de oncología</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>H1: es probable que el nivel de autoestima en los pacientes hospitalizados, del servicio de oncología sea bajo</p> <p>H2: es probable que el nivel de depresión en los pacientes hospitalizados, del servicio de oncología sea alto</p>	<p>Autoestima es el juicio personal de dignidad que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo</p> <p>Depresión</p> <p>La depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado asimismo se puede observar otras alteraciones con la disminución del apetito alteraciones en los ciclos del sueño sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados disminución de la capacidad para pensar concentrarse tomar decisiones pensamientos recurrente o ideas suicidas</p>	<p>TIPO:El presente estudio es de tipo descriptivo, en la medida que pretende describir y analizar sistemáticamente un conjunto de hechos (nivel de autoestima) relacionados con otros fenómenos (nivel de depresión) tal como se da en el presente caso. Así mismo, el presente estudio pertenece al enfoque cuantitativo, es de tipo correlacional porque establece la relación entre dos variables. Según el número de variables es bivariado, es transversal porque la medición de las variables se ejecuta en un solo momento.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional, porque mide las dos variables de estudio y luego se establece la relación que existe entre ellas.</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>La población está constituida por 1200 pacientes adultos de 19 a 70 años de edad con dx medico de cáncer MUESTRA constituida por 291 pacientes del servicio</p>

				<p>de oncología del hospital Goyeneche</p> <p>UNIDAD DE ANÁLISIS</p> <p>La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y estuvieron presentes en el momento de la entrevista</p> <p>TÉCNICA</p> <p>La técnica que se ha utilizaran para dicha investigación es la encuesta que se realiza a cada paciente para medir el nivel de autoestima y depresión</p> <p>. INSTRUMENTO</p> <p>cuestionarios semi estructurados los cuales constan de 30 y 17 ítem</p>
--	--	--	--	--

ANEXO 1

TEST DE DEPRESION DE HAMILTON

INSTRUCCIONES

A continuación le preguntamos un cuestionario que contiene una afirmaciones referidas al forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes e cada uno de nosotros para concertarlos lea cada frase y marque con una x la opción que usted crea que este experimentando en forma casi diaria puede estar seguro/a que la información es absolutamente anónima y confidencial

Por favor conteste todas las afirmaciones muchas gracias

Edad: **estado civil:** **días de hospitalización:**

Sexo: **grado de instrucción:** **dx:**

1.ANIMO DEPRIMIDO (Tristeza, desesperanza, defensión inutilidad)	A. ausente	0
	B. Estas sensaciones las expresa solamente si se le pregunta cómo se siente.	1
	C. Las sensaciones las relata espontáneamente	2
	D. Manifiesta estos sentimientos de forma no verbal a través de expresiones faciales posturas ,voz y tendencia al llanto	3
	E. Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal ,en forma espontanea	4
2.SENTIMIENTO DE CULPA	A. Ausente	0
	B. Se culpa así mismo cree haber decepcionado a la gente	1
	C. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasado o malas acciones	2
	D. Siente q la enfermedad actual es un castigo	3
	E. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	4
3.SUICIDIO	A. ausente	0
	B. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
	C. desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre posibilidades de morirse	2
	D. Ideas de suicidio o amenazas	3
	E. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
	A. No tiene dificultades	0

4.INSOMNIO PRECOZ	B. Dificultades ocasionales para dormir por ejemplo le toma más de media hora conciliar el sueño	1
	C. Dificultad para dormir cada noche	2
5.INSOMNIO INTERMEDIO	A. No hay dificultad	0
	B. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
	C. Esta despierto durante la noche se levanta de la cama en más de 2 ocasiones (excepto por motivos de evacuar)	2
6.INSOMNIO TARDIO	A. No hay dificultad	0
	B. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir	1
	C. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
7.TRABAJO Y ACTIVIDADES	A. Ideas y sentimientos de incapacidad fatiga o debilidad(trabajos ,pasatiempos)	0
	B. Perdida de interés en su actividad (disminución de la atención indecisión y vacilación)	1
	C. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución en la productividad	2
	D. Dejo de trabajar por presentar la enfermedad solo se compromete en las pequeñas tareas o no puede realizar estas sin ayuda	3
8.RETARDO	A. Palabra y pensamientos normales	0
	B. Ligero retraso en el habla	1
	C. Evidente retraso en el habla	2
	D. Dificultad para expresarse	3
	E. Incapacidad para expresarse	4
9.AGITACIÓN PSICOMOTORA	A. ninguna	0
	B. Juega con sus dedos	1
	C. Juego con sus manos cabello ,etc.	2
	D. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
	E. Retuerce las manos se muerde las uñas se tira de los cabellos se muerde los labios	4
10.ANSIEDAD PSIQUICA	A. No hay dificultad	0
	B. Tensión subjetiva e irritabilidad	1
	C. Preocupación por pequeñas cosas	2
	D. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
	E. Expresa sus temores sin que le preguntan	4
11.ANSIEDAD SOMATICA	A. ausente	0
	B. Ligera	1
	C. Modera	2

	D. Severa	3
	E. incapacitante	4
12.SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES	A. ninguno	0
	B. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen sensación de pesadez en el abdomen	1
	C. Dificultad en comer si no se le insiste solicite laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
13.SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	A. Ninguno	0
	B. Pesadez en las extremidades espalda o cabeza dorsalgias cefaleas algias musculares perdida de energía y fatigabilidad	1
	C. Cualquier síntomas bien definido se califica en 2	2
14.SINTOMAS SEXUALES	A. Ausente	0
	B. Débil	1
	C. grave	2
15.HIPOCONDRIA	A. ausente	0
	B. preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
	C. preocupado por su salud	2
	D. se lamenta constantemente solicita ayuda	3
16.PÉRDIDA DE PESO	A. pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana	0
	B. pérdida de más de 500gr en una semana	1
	C. pérdida de más de 1 kg en un semana	2
17.PERSPICACIA O INTROSPECCIÓN	A. se da cuenta de que está deprimido o enfermo	1
	B. se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación ,clima, exceso de trabajo , virus, necesidad de descanso etc.	1
	C. o se da cuenta de que está enfermo	2

Puntaje

- ✓ Ausencia de depresión: 0-7
- ✓ Depresión leve: 8-13
- ✓ Depresión moderada: 14-18
- ✓ Depresión severa: 19-22
- ✓ Depresión muy severa: 23 a +

EVALUACION DE AUTOESTIMA A PACIENTES ONCOLOGICOS DE COOPERSMITH

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar y conocer los sentimientos que tienen las personas que padecen algún tipo de cáncer. Las respuestas que usted nos proporciona serán tratadas de manera confidencial y anónima por lo que de antemano le agradecemos su confianza y sinceridad al responder las siguientes preguntas

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	Estoy segura de mí mismo	1	2
2	Nunca me preocupo por nada	1	2
3	Hay muchas cosas cerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera	1	2
4	Nunca estoy triste	1	2
5	Mi familia y yo tenemos un excelente relación y nos apoyamos mutuamente	1	2
6	Me doy por vencido fácilmente	1	2
7	Siempre hago lo correcto	1	2
8	Usualmente puedo cuidarme a mí mismo	1	2
9	Me cae bien y agrandan todas las personas que conozco	1	2
10	Me entiendo a mí mismo	1	2
11	Las cosas en mi vida están muy complicadas	1	2
12	En general las personas son más agradables que yo	1	2

13	Nadie me presta mucha atención en mi casa	1	2
14	Puedo tomar decisiones y cumplirlas	1	2
15	Realmente no me gusta ser como yo soy	1	2
16	Tengo una mala opinión de mí mismo	1	2
17	A veces he pensado que no vale la pena vivir	1	2
18	Me siento alegre	1	2
19	Me incomodo en la casa fácilmente	1	2
20	Tengo siempre que tener a alguien que me diga que tengo que hacer	1	2
21	No me gusta estar acompañado de otra gente	1	2
22	Si tengo algo que decir usualmente lo digo	1	2
23	No soy una persona confiable para que otros dependan de mi	1	2
24	Me siento desanimado para realizar mis actividades diarias	1	2
25	Si pudiera cambiar mi apariencia física lo haría	1	2
26	Estoy dispuesto a continuar con mi tratamiento a pesar de las alteraciones física lo haría	1	2
27	Estoy dispuesto a continuar con mi tratamiento a pesar de las alteraciones que sufro	1	2
28	Tengo miedo de seguir enfrentando la enfermedad	1	2
29	En este momento he aceptado mi diagnostico	1	2
30	Me molesta convivir con otras personas	1	2
31	Las demás personas casi siempre apoyan mis ideas	1	2

Instrucciones lea atentamente las siguientes preguntas y marque con una x la opción SI O NO según como se sienta desde el diagnostico de su enfermedad

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES MUCHAS GRACIAS

Edad:

estado civil:

días de hospitalización:

Puntaje

- ✓ **Autoestima baja: 30-34 puntos**
- ✓ **Autoestima media: 35-60 puntos**
- ✓ **Autoestima alta: 44- 60 puntos**