

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

**“EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL EN EL
NIVEL DE DEPRESION SEGÚN OPINION DE LOS PACIENTES
CON CANCER DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS SUR AREQUIPA-2016”**

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

BACHILLER: JHOANA MARÍA VILCA BEJARANO

LIMA – PERÚ

2017

**“EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL EN
EL NIVEL DE DEPRESION SEGÚN OPINION DE LOS
PACIENTES CON CANCER DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLASICAS SUR AREQUIPA-2016”**

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación está dedicado a mi familia por su esfuerzo cariño y confianza en mí me apoyo durante la elaboración del mismo, fue quien me inspiro a culminarlo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los docentes que estuvieron a cargo de promover y asesorar el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur Arequipa-2016. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de diseño correlacional. Entre sus conclusiones tenemos El mayor porcentaje de los pacientes tienen 61 a 81 años, seguido de los que tienen 36 a 60 años. Respecto al estado civil predominan los pacientes que son convivientes, el grado de instrucción el 46% tienen primaria y secundaria completa respectivamente y el 33% tiene grado de instrucción superior. El programa de apoyo emocional es eficaz en el nivel de depresión según opinión de 20 pacientes equivalente al 83% y en 4 de ellos 17% no es efectiva.

El nivel de depresión después del programa de apoyo emocional es leve en el 28%(7) y es bajo en el 17%(4) y solamente en un 17%(4) la depresión es grave.

Hubo disminución significativa de la depresión y según opinión de los pacientes el apoyo emocional que reciben de parte del personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud es eficaz y le brindan el soporte necesario

Palabras claves: Depresión y Programa de apoyo emocional

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the effectiveness of the emotional support program in the level of depression according to the opinion of patients with cancer of the Regional Institute of Neoplastic Diseases South Arequipa-2016. It was a non-experimental study of descriptive level and correlational design. Among their conclusions we have The largest percentage of patients are 61 to 81 years, followed by those who are 36 to 60 years. Regarding the marital status, the patients who are cohabitants predominate, the educational level 46% have primary and secondary complete respectively and 33% have a higher education degree. The emotional support program is effective at the level of depression according to the opinion of 20 patients equivalent to 83% and in 4 of them 17% is not effective.

The level of depression after the emotional support program is mild in 28% (7) and is low in 17% (4) and only in 17% (4) depression is severe.

There was a significant decrease in depression and according to the patients' opinion, the emotional support they receive from nurses and other members of the health team is effective and provides the necessary support

Key words: Depression and Emotional Support Program

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

5

1.3. Objetivos de la investigación

5

1.3.1. Objetivo general

5

1.3.2. Objetivos específicos

5

1.4. Justificación del estudios

5

1.5. Limitaciones

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

7

2.2. Base teórica

14

2.3. Definición de términos

23

2.4. Hipótesis

24

2.5. Variables

24

2.5.1. Definición conceptual de las variables

24

2.5.2. Definición operacional de las variables

25

2.5.3. Operacionalización de la variable

26

CAPITULOIII: METODOLOGIA	27
3.1. Tipo y nivel de investigación	28
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	28
3.3. Población y muestra	29
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	30
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	30
3.6. Plan de recoleccion y procesamiento e datos	
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	31
CAPÍTULO V: DISCUSION	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El Apoyo emocional es básico en todas las personas que pasan por momento difícil y más en aquellas personas cuya salud se encuentra en desequilibrio por situaciones que tienen un tratamiento farmacológico y quirúrgico. También entonces es sumamente importante y necesario considerar al individuo que tiene un drama más grave como el que significa afrontar y el de reconocer que su enfermedad lo pone frente a una muerte próxima, por consiguiente atraviesa varias etapas, en las cuales su bienestar emocional se encuentra alterado; lo podremos observar en diferentes sentimientos, ya sea con el personal de Salud, con sus familiares en la aceptación del tratamiento, en el afecto por los demás y con uno mismo.

Una de las etapas por las cuales el bienestar emocional del paciente con cáncer se encuentra alterado es la de negación de la cruda realidad, cuya finalidad no es otro de mitigar o paliar la ansiedad y la desesperación que provoca la idea de la muerte segura y/o cercana. Muchas veces muestran señales de alarma como el de aislarse, estar muy tristes, llanto y desesperación, mencionar frases que evidencian desconsuelo es entonces casi innegable que se encuentra en depresivo.

Por ello se buscó dar respuesta al siguiente objetivo: determinar eficacia de un programa de apoyo emocional relacionado al nivel de depresión en pacientes con cancer en el instituto regional de enfermedades neoplasicas.se presenta el Capítulo I relacionado a Problema de investigación, El Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Metodología y Capítulo IV: Resultados

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el cáncer es una enfermedad que demanda mucha atención en el mundo entero pues su incidencia y prevalencia vienen incrementándose debido, al parecer, a los cambios en la alimentación, las condiciones ambientales cambiantes, la exposición a diversos químicos, infecciones virales de diversas índole, al estrés, entre otros. En las naciones de occidente, se asume que una de cada tres personas desarrollará cáncer en el futuro, y a pesar de que los avances de la ciencia han permitido que un mayor número de personas se curen, una de cada cuatro morirá como consecuencia de esta enfermedad ¹

El individuo se aproxima a la muerte, atraviesa varias etapas, en las cuales su bienestar emocional se encuentra alterado; lo podremos observar en diferentes sentimientos, ya sea con el personal de Salud, con sus familiares en la aceptación del tratamiento, en el afecto por los demás y con uno mismo.

Cada año aumentan las familias en las que alguno de sus miembros es diagnosticado con cáncer con todas las crisis e implicancias emocionales

que a ella se le vinculan. El impacto del diagnóstico de una enfermedad oncológica desestabiliza a todo el entorno familiar causando alteraciones que se deben no sólo al hecho de tener a un ser querido afectado por esta enfermedad, sino también a las repercusiones a nivel emocional que puede suponer esta situación en un hogar. Estas familias pasan por distintos rangos de emociones desde la negación, pasando por el miedo, enojo, tristeza, culpa, soledad, ansiedad, depresión y el estrés²

Una de las etapas por las cuales el bienestar emocional del paciente con cáncer se encuentra alterado es la de negación de la cruda realidad, cuya finalidad no es otro de mitigar o paliar la ansiedad y la desesperación que provoca la idea de la muerte segura y/o cercana.

El paciente no quiere asumir la evidencia del futuro, prefiriendo auto engañarse por un tiempo que pueda durar horas o días. Una reacción violenta de rechazo que experimenta el paciente, cuando es consciente de su verdadera realidad, es cuando el paciente se muestra irritable, intolerante, desconfiado, y acusador ante la familia o ante el propio personal de Salud, a quienes pueden incluso culparles de su situación terminal.

Es casi inevitable que el paciente con cáncer entre en una fase de depresión indefinida, quizá haya momento en el que el paciente no desee la compañía de familiares y amigos; solo en casos muy determinados en los que el se siente plenamente satisfecho de su vida, de haberse realizado como persona, convencido de poder morir tranquilo, mostraría un estado de ánimo no depresivo.

Mundialmente, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad. Este flagelo es resultado de la interacción de factores genéticos y externos (físicos, químicos y biológicos) que produce la degeneración de las células, con lo que se originan lesiones pre cancerosas y finalmente tumores

malignos. Dichos tumores suelen estar localizados, pero eventualmente pueden diseminarse a otros órganos (metástasis). La incidencia del cáncer se relaciona directamente con la edad, ya que las personas están más tiempo expuestas a factores causales relacionados con esta enfermedad⁽²⁾

Los tumores malignos representan aproximadamente 13% de las defunciones mundiales, 7.9 millones de muertes por año, de las cuales más del 72% se registran en países de ingresos bajos y medios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre 2007 y 2030, aumentará 45% la mortalidad por cáncer a nivel mundial, pues estima que pasara de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año, resultado del crecimiento demográfico y el envejecimiento de la población; además, estima que durante el mismo periodo, el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11.3 a 15.5 millones.⁽³⁾

En el Perú el 85% de los casos de cáncer se diagnostican en estadios avanzados y solo 15% en etapa inicial, advirtió Adolfo Dammert Ludowieg, presidente de la Liga Contra el Cáncer.⁽⁴⁾

En el 2013, la Liga de Lucha Contra el Cáncer detectó doce casos de personas con cáncer a la piel, 10 con cáncer de mama y uno de cuello uterino en Arequipa. El año pasado se detectaron ocho casos de cáncer a la piel. Por día, esta institución atiende en sus 25 especialidades hasta 250 personas.

Rosario Cuba de Santos, gerente de la Liga de Lucha Contra el Cáncer regional indicó que la prevención oportuna permite salvar vidas; sin embargo, la población solo acude al médico cuando la enfermedad es intratable⁽⁴⁾

En todas estas etapas que son muy difíciles para los enfermos y sus familiares, se requiere de todo el apoyo, la fortaleza espiritual y emocional de

la enfermera, ya que es mucho aun lo que se puede y debe hacer para ayudar a los enfermos con cáncer en fases terminales.

Los cuidados de enfermería tendientes a reconfortar el bien emocional; que se va alterando durante la enfermedad, la hospitalización y la muerte, es importante que el equipo de enfermería lo clarifique y reconozca los atributos de un adecuado cuidado humano asociado al bienestar emocional, para delinear un plan de cuidado para el paciente necesario para atender las demandas espirituales y a la vez proveer un cuidado holístico, para así lograr un estado emocional en el paciente con cáncer terminal. ⁽⁵⁾

En tal sentido, el presente trabajo de investigación intenta determinar la eficacia de un programa emocional relacionado al nivel de depresión en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital IREN SUR Arequipa 2016

Frente a las situaciones planteadas entorno al apoyo emocional y la opinión del paciente con señales de depresión producto de su enfermedad se considera la siguiente interrogante.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA:

1.2.1.- Problema General

¿Cuál es la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión en pacientes con cáncer del instituto regional de enfermedades neoplásicas sur Arequipa-2016?

1.2.2.- Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur de Arequipa – 2016?
- ¿Cuál es la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur de Arequipa – 2016?

- ¿Cuál es el nivel de depresión actual que presentan los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica sur Arequipa-2016?

1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- Objetivo General

Determinar la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica sur Arequipa-2016

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Reconocer las características socio demográficas de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur de Arequipa - 2016
- Identificar la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur de Arequipa – 2016
- Identificar el nivel de depresión actual que presentan los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica sur Arequipa-2016

1.4.- JUSTIFICACION

Tener presente los sentimientos del otro es importantes y más aún si nos referimos a pacientes cuyo diagnóstico muchas veces está ligado a trágicos resultados. Asimismo reconocer que hay que tener mucha voluntad de ayuda a nuestros pacientes y de alguna manera contribuir en el nivel de afrontamiento que muchos de ellos tiene dejando de lado el temor implícito que tienen al pensar en la muerte.

Por ello y reconociendo la importancia y la finalidad de los programas de ayuda emocional es necesario continuar realizando trabajos de investigación como este ya que el presente trabajo de investigación es de trascendencia para enfermería ya que actualmente se observa el cuidado de enfermería se brinda con un enfoque más teórico, científico que psico emocional; las relaciones interpersonales el afecto, apoyo emocional y el sentimiento de amor y ternura hacían los pacientes son considerados durante en cuidado en forma un tanto tangencial, es por esta razón que surge necesidad de realizar la presente investigación con la finalidad de conocer las necesidades del cuidado humano asociado al nivel de depresión de pacientes con cáncer, y en base a este conocimiento tomar las medidas pertinentes para que el paciente asuma su finitud en esta etapa de su vida con seguridad.

Esta situación conlleva a la autora a atribuir al tema a investigar las características de relevancia social y humana, en el sentido de que el reconocimiento del valor del cuidado humano social al bienestar emocional en enfermería enriquezca el cuidado actual con relación basada en relaciones afectivas y de esperanza más estrechas con el paciente.

No se identifica con otros estudios que se den investigación a la eficacia de un programa emocional relacionado al nivel de depresión de pacientes con cáncer en nuestro medio este es el motivo de realizar el estudio.

1.5.- LIMITACIONES

La primera limitación estaría relacionada con la dificultad de acceso ya que es necesario comprender la disponibilidad de comunicación con el paciente ya que muchas veces podrían estar reacios a entablar conversación con las personas.

Otra limitación es la dificultad que implica ingresar a la institución de salud y tener que esperar y asistir por en varias oportunidades para tener acceso al permiso correspondiente.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1.- Antecedentes Internacionales

Galarza, Alvarez Juanita en Cuba, en el 2009, realizaron un estudio descriptivo Relación de profesionales de la salud y Apoyo Familiar, en los cuidado, básico del paciente con cáncer terminal y en este estudio en 53 familias de pacientes con padecimientos diversos de cáncer pero el más frecuente era el cáncer de útero, mamas en varones de próstata, de estomago y huesos. Reportando que la interrelación profesionales de salud, familia, garantiza un mejor nivel de afrontamiento de la enfermedad y el apoyo familiar por los familiares que estuvieron están asociados al control de la depresión y angustia cuando se presenta el cuadro clínico severo.. Además, determinaron que existen necesidades educativas importantes en la familia para ofrecer un apoyo eficaz a estos pacientes ⁽⁶⁾.

Martinez, M. y cols Apoyo Emocional: Conceptualización Y Actuación De Enfermería; Una Mirada desde la Perspectiva del

Alumno, México Durante la formación de enfermería se hace hincapié en el apoyo emocional al paciente; destacando su importancia en el cuidado integral; sin embargo se carece de definición clara sobre este concepto y en muchas ocasiones; éste no se brinda. El objetivo fue identificar la conceptualización y cuidado de apoyo emocional que brindan los alumnos de la licenciatura en Enfermería. Metodología: El estudio fue descriptivo y transversal. El universo 210 alumnos.

Las categorías del instrumento: conocimiento; identificación; planeación y evaluación de intervenciones para brindar apoyo emocional. Una minoría define apoyo emocional como “Dar confianza; empatía y dar a conocer lo que le va a realizar al paciente”. Resultados: El conocimiento de la patología es prioritario (16%) las acciones que realizan están encaminadas a favorecer la conversación como medio de disminución de la respuesta emocional (44%); considera que es necesario ayudar o animar al paciente a expresar sus sentimientos (39%); considera que se debe platicar con el paciente sobre algo ajeno a su enfermedad para brindar apoyo emocional 16%; se debe brindar apoyo emocional realizando los procedimientos sin hablarle al paciente es la opinión del .55%. Es imprescindible hacer evidente la necesidad de crear una escala que facilite la valoración; y la evaluación de las intervenciones de enfermería con relación a las emociones sentidas y expresadas por los pacientes.⁽⁷⁾

Bagué Madrigal Letiné Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados planta de oncología. hospital infanta Cristina. Badajoz

El cáncer es una enfermedad que afecta a miles de personas en todo el mundo. El paciente oncológico presenta afectación del estado emocional y este estado incrementa con la hospitalización.

Para la elaboración de dicho estudio se realizó una búsqueda bibliográfica en: Scielo, PUBMED, Dialnet, Medline, Cuiden, Google Académico, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadística y Sociedad Española de Oncología Médica. El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes; con el fin de desarrollar unos cuidados de calidad específicos, basados en el cuidado integral y apoyo psicológico. La hipótesis de mi estudio plantea que los pacientes que se encuentran hospitalizados presentan trastornos emocionales, lo que les supone angustia, escasas estrategias de afrontamiento y un estado emocional y cognitivo deficientes. Se llevará a cabo un estudio descriptivo, de prevalencia transversal y cuantitativo, de gran interés para el cuidado de pacientes crónicos. Se desarrollará en enero, febrero y marzo de 2016. La población está compuesta por pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz. La muestra incluye 24 pacientes de 21 a 83 años, que se encuentran en el estadio I de la enfermedad. Para determinar la prevalencia de estos trastornos de ansiedad, se utilizarán los cuestionarios: Variables de la historia clínica, Datos sociodemográficos y La Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, esta última se emplea como instrumento de screening para la detección de problemas emocionales, en contextos hospitalarios y asistenciales ⁸

Tabernero , M. Y COLS.(2013) Eficacia De Las Intervenciones Psicológicas En Hombres Con Cáncer De Próstata. España

Con el presente artículo, se pretende dar a conocer los tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer de próstata que se han llevado a cabo hasta la actualidad. Para entender los tratamientos psicológicos, es importante conocer, aunque sea de manera general,

qué medios médicos se llevan a cabo para curar o paliar la enfermedad y sus efectos (reversibles o irreversibles), ya que el bienestar biopsicológico influye en la calidad de vida del individuo y, en su salud física y psicológica.

A pesar de que el cáncer de próstata es el cáncer más común en los hombres de nuestro país y que actualmente muchos se diagnostican en estadios iniciales, lo que aumenta la posibilidad de curación, existen pocos estudios sobre tratamientos psicológicos para afrontar este tumor, tanto a nivel nacional como internacional. Es importante seguir avanzando en la investigación, principalmente en aquella que vaya dirigida a evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos.

La identificación de las necesidades emocionales y de los procesos psicológicos por los que pasan los pacientes con cáncer y sus familiares ha contribuido a fortalecer la presencia y la labor del psico-oncólogo en los servicios de oncología hospitalaria, facilitándose así un cuidado integral y un acercamiento más humano a estos enfermos. El psico-oncólogo tendrá como responsabilidades tareas asistenciales, docentes e investigadoras. La actividad asistencial va dirigida, en general, a aliviar el sufrimiento y a optimizar la calidad de vida del paciente. Para ello, el psico-oncólogo deberá colaborar con los diferentes profesionales sanitarios, formando parte de los equipos asistenciales, y será conocedor de diferentes técnicas psicoterapéuticas que se irán adaptando a las necesidades del paciente (a la fase de la enfermedad en la que se encuentra, al estadio, a la localización tumoral, etc.) y de sus familiares. Las labores docentes son necesarias para formar a los profesionales del equipo, independientemente de su especialidad, en los aspectos psicológicos básicos del paciente con cáncer (por ejemplo, cómo transmitir malas noticias; cómo identificar la depresión en el enfermo con cáncer, etc.), y se complementan con la actividad investigadora, que surgirá de la práctica clínica. Esta permitirá detectar los

aspectos más importantes a investigar que puedan tener repercusiones positivas sobre el cuidado. En este artículo se describe la actividad del psico-oncólogo en un centro hospitalario.⁽⁹⁾

Alvarez,C. y Valdivieso,F. Un modelo de intervención y apoyo psicosocial (2013) Hoy en día nos enfrentamos a un mundo con un desarrollo tecnológico cada vez más cambiante y avanzado, lo cual, en el ámbito oncológico, implica investigaciones y terapias cada vez más avanzadas, observándose una evolución constante en el manejo y control sintomático de la enfermedad oncológica. Esto supone mayor frecuencia de pacientes que viven efectos del cáncer a corto, mediano y largo plazo que involucran procesos de adaptación permanentes. Ya a mediados del siglo pasado comienza a emerger la sub especialidad oncológica de psicología a favor del ajuste psicosocial del paciente oncológico a la enfermedad y sus diversos efectos. El cáncer implica un impacto que trasciende la conmoción física, implica también un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona, lo que nos hace tener una mirada biopsicosocial de este tema. Se genera un clima afectivo complejo de cuestionamientos y cambios profundos en los diversos contextos donde se inserta el paciente. Ante una pérdida tan importante como lo es la salud y todo lo que eso implica, la persona experimenta la vivencia de un duelo oncológico, un cierto modo de abordaje y afrontamiento en la persona y su entorno. La vivencia de distress en el proceso de la enfermedad puede generar efectos negativos para la salud general y la calidad de vida del paciente. Además existen trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población oncológica en contraste con la población normal, lo que habla de una vulnerabilidad psíquica que requiere consideración y adecuación a las necesidades emocionales del paciente por parte del equipo de salud. En el presente artículo se presenta un modelo de intervención respaldando los aspectos emocionales revisados que

implica la enfermedad oncológica. Se manifiesta la relevancia de un patrón de evaluación general para los pacientes, la estructura de un apoyo emocional necesario y las intervenciones requeridas ⁽¹⁰⁾

Villalta , A (2010) que realizo una investigación intitulada “Evaluación de las necesidades espirituales de los pacientes diagnosticados de cáncer 2010 de la universidad Lleida Bogotá”; el planteamiento del presente estudio de investigación, a tenido en cuenta como destinatario importante el paciente de cáncer terminar partimos de la base que esta persona es cuerpo y espíritu. Los profesionales de la medicina cuando tocan el cuerpo también tocan a la persona pero también sus creencias, valores, cultura, etc. Se tiene que considerar su dignidad, esta dignidad no se devalúa a través de los años ni tampoco a frente a una enfermedad terminar.

El estudio se efectuó con 50 pacientes de cáncer terminal o avanzado en el Hospital Llobregat en periodo 2008-2009 en conclusión en los resultados obtenidos demuestran que el paciente con cáncer terminal tiene necesidades espirituales, pero no está en confianza con lo que manifiesta la literatura consular Ramón Colell Brunet que realizo una investigación intitulada “Análisis de la actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en las estudiantes de enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona 2005”; este trabajo es el análisis y vivencias personales por ser miembro de un equipo de cuidado paliativo, con la finalidad de demostrar si el personal de salud está preparado para poder realizar estos cuidados y evaluar la influencia de sentimientos de una seminario de educación sobre la muerte. El estudio fue con 54 alumnos. Los resultados de la aplicación del seminario es que el número de estudiantes es muy reducido lo que condiciona que la mayoría no están preparados psicológicamente ante la muerte.¹¹

2.1.2.- Antecedentes Nacionales

Tocilovac, I. “Observaciones acerca de las ideas sobre la muerte 2011 Lima-Perú”. Estudio preliminar en pacientes de 14 a 21 años que sufren de cáncer, es un trabajo que tiene como objetivo: Describir parte de las emociones que presenta un adolescente ante su enfermedad, la muerte, la religión, etc. Este trabajo trata de acercarse al problema de la muerte y se basa sobre observaciones de campo realizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Utiliza como técnica de recolección de datos la entrevista y como instrumento un cuestionario de 30 preguntas. Llegando a la conclusión de que “El temor a la muerte no varía, ni con el estado general ni con la edad ni el tiempo de diagnóstico, pero si está influenciado por el conocimiento del diagnóstico y el sexo. Su nivel de religiosidad solo está influenciado por el conocimiento del diagnóstico”.

Este estudio me sirvió como referencia acerca de las precepciones que tienen los pacientes de la muerte que pueden ser semejantes en los pacientes terminales.¹²

Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto regional de enfermedades neoplásicas - 2013
Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- 2013; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 70 mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Se utilizó el test de ansiedad y depresión de Hamilton. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2, 9%, leve 34, 3%, grave un 51, 4%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es ausente 1, 4%, moderada 2, 9%, grave un 7, 1%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es

grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es grave un 5, 9%, moderada 2, 9%, ausente 2, 9%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de cáncer desde el primer nivel de atención que permita el adecuado manejo integral y oportuno del paciente con cáncer.¹³

2.2.- BASE TEORICA

2.2.1. Apoyo Emocional

➤ Dimensión Socio Emocional Del Ser Humano

La salud se hace cada día más integral. La salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social y de contribuir con ello de modo constructivo.

En el área socio emocional intervienen procesos y enfoques explicativos además del desarrollo del autoconcepto y la autoestima, desarrollo y aprendizaje de habilidades sociales, el grupo de pares, la escuela y la familia como contextos de desarrollo afectivo social en situaciones educativas.

➤ Dimensión afectiva o emocional.

La dimensión afectiva se refiere, como su nombre lo indica, a todas las emociones y sentimientos que experimentamos.

- La salud emocional es de vital importancia para lograr la armonía y el equilibrio que se requiere para obtener una adecuada calidad de vida.
- Existen varios tipos de emociones positivas: alegría, regocijo, gozo, excitación, admiración, amor, armonía, calma y sosiego.
- Las emociones y los sentimientos son inherentes a la naturaleza humana, éstas han sido adquiridos mediante el aprendizaje y la imitación de quienes nos rodean.

- Las emociones negativas o destructivas son aquellas que dañan a los demás y a nosotros mismos.
- Existen reacciones físicas y cerebrales que acompañan a las emociones tanto positivas como negativas.

Los 7 Principios Fundamentales de la Salud

(Alimentación, Respiración, Movimiento, Hidratación, Pensamiento, Luz solar y Sueño), corresponden al conjunto de hábitos que forman el Estilo de Vida de un individuo, ya que en ellos se encierra toda actividad realizada de manera diaria y que dependiendo de la dirección o filosofía con la que se realicen, le llevarán a la salud o la disfunción.

➤ ***Principios básicos de la salud emocional***

En las diferentes escuelas de la Psicología actual encontramos, con detalle, criterios sobre la salud mental de las personas. En todas ellas descubrimos principios con los que no solo nos podemos identificar. Reflexionar sobre estos principios nos puede ayudar a mejorar nuestra vida, nuestras relaciones con los demás, nuestra felicidad, etc.

a. Interés En Sí Mismos

Los seres humanos parecen tener interés intrínseco en su propio bienestar. Hans Selye ha argumentado que el deseo de ser feliz es uno de los más importantes impulsos que motivan la existencia humana. Todos los seres vivos procuran en primer lugar su propio interés. De acuerdo con los criterios de la terapia racional emotiva, uno de los rasgos de las personas mentalmente sanas es el interés en sí mismos y la búsqueda de su propio bien, al que sitúan por delante del interés por los demás.

b. Interés En Los Demás

Al igual que el interés en sí mismo, el interés social también es inherente al ser humano. Ambos tienen raíces biológicas, puesto que la colaboración entre las células del cuerpo promueve la supervivencia de cada célula individual y hace posible que el organismo completo funcione. Bienestar individual y bienestar colectivo son aspectos complementarios y no contradictorios, ya que mantienen relación de reciprocidad. La atención puesta en uno repercute inmediatamente en el otro.

c. Autodirección

La gente sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Estas personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros, eligen sus propias metas, persiguen sus objetivos más que esperarlos o añorarlos, toman sus propias decisiones aunque busquen consejo y no condenan a los demás cuando las cosas no salen como esperaban. No se pasan la vida exigiendo de otros la atención que piensan que merecen, sino que procuran controlar lo que les sucede sin atribuir sus propios éxitos o fracasos a los demás. Lo que les ocurre se debe, principalmente, a ellos mismos, a su propio comportamiento y no a otros.

d. Tolerancia A La Frustración

Las personas mentalmente sanas se otorgan a sí mismas y a los demás el derecho a equivocarse. Se abstienen de condenarse o de condenar a otros por un comportamiento inaceptable u ofensivo, incluso aunque les desagrade mucho esa conducta.

e. Flexibilidad

La gente sana y madura suele ser de ideas flexibles, abierta al cambio. Acepta la diversidad y no es fanática cuando emite opiniones

sobre los otros. No dicta reglas fijas o rígidas para sí misma ni para los demás.

F. Aceptación De La Incertidumbre

Los hombres y mujeres sanos aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá. Nuestro mundo está repleto de incertidumbres. El adulto, es consciente del mundo inestable en el que vive, pero precisa mantener la firmeza y la esperanza de que algunos valores son inalterables, con validez permanente.

g. Comprometerse En Ocupaciones Creativas

Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio implicarse de forma vital en algo fuera de sí mismos y, a poder ser, tener al menos algún interés creativo. En ciertos individuos, este interés es de tipo humanitario, y lo consideran tan importante que organizan en torno a él buena parte de su tiempo. El trabajo por los demás es una buena razón por la que vivir. Dedicar esfuerzos a ayudar a otros redundan en un beneficio evidente para la comunidad en la que se vive y para el mundo en general. Al mismo tiempo, repercute en la mejora de la propia salud física y mental, como resultado de un profundo sentimiento de satisfacción personal.

h. Pensamiento Científico

Los individuos con una buena salud mental tienden a ser más objetivos, científicos y racionales que los que tienen alguna alteración.

i. Auto aceptación

Uno de los criterios que más consenso reúne en la psicología actual es el de auto aceptación. Este concepto deriva de otro: la autoestima. Se trata de la aceptación o rechazo que acompaña a la valoración que hacemos de nosotros mismos. Asumir o aceptar las propias ideas o sentimientos es una necesidad emocional básica. Al mismo tiempo, poder darles expresión y compartirlos, resulta imprescindible para disfrutar de una adecuada salud mental. Sentirse bien consigo mismo no sólo es la base de un carácter y comportamiento equilibrado, sino también una de las claves de la felicidad y la superación personales.

2.2.2. DEPRESIÓN

A) Definición

La organización mundial de la salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo.

Asimismo, la OMS considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión.

B) Síntomas

- a)** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1: estado de ánimo depresivo o 2: pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

b) .- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) .-Factores asociados a la depresión

a) Factores psicosociales:

Algunos clínicos están convencidos de que los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión; otros sugieren que estos acontecimientos tienen sólo un papel relativo en el inicio y en la temporalización del trastorno. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital más frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo es la pérdida del cónyuge.

Algunos artículos teóricos y numerosos casos individuales se han interesado por la relación entre el funcionamiento familiar y el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor. Algunos trabajos indican que la psicopatología observada en la familia cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, tiende a permanecer tras la recuperación del paciente. Además, el grado de psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.

b) Factores genéticos

Los datos indican que un factor genético está implicado claramente en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo, pero el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos. No solo resulta imposible excluir los efectos psicosociales, no genéticos los cuales, probablemente desempeñan un papel causal de estos

trastornos, al menos en algunas personas. El componente genético desempeña un papel más importante en la transmisión del trastorno bipolar que en la del trastorno depresivo mayor.

D) Grupos de riesgo

Esta enfermedad afecta a un 10% de los hombres y a un 20% de las mujeres en algún momento de la vida. En un periodo determinado, alrededor del 2.5% de los hombres y del 8% de las mujeres se encuentran deprimidos en forma activa (prevalencia de punto). Se observan síntomas depresivos significativos hasta en el 36% de todos los pacientes clínicamente enfermos. Aquellos que sufren demencia, diabetes, afección cardíaca e insuficiencia renal, presentan tasas especialmente altas de depresión co-morbida.

En los grupos más jóvenes, la depresión incrementa el riesgo de alcoholismo, abuso de drogas y suicidio mientras que en los grupos de personas más viejas aumentan el riesgo de mortalidad por una enfermedad clínica preexistente. Las personas deprimidas presentan más enfermedades médicas que aquellos sin este trastorno y hacen uso de los servicios en mayor proporción.

El pronóstico en pacientes que tienen varias enfermedades, es menos halagador entre pacientes que padecen depresión. Además la depresión puede conducir a una importante morbilidad psicosocial con un menor funcionamiento en roles ocupacionales.

Cerca de 60% de todos los suicidios están relacionados con depresión importante y eventualmente, el 15% de las personas en estado depresivo que ingresa a un hospital.¹⁴

E) Criterios de diagnóstico

La ausencia de técnicas diagnósticas objetivas hace que el diagnóstico de depresión se realice teniendo en cuenta, exclusivamente, la información que el médico obtiene durante la entrevista con el paciente (y con familiares o personas allegadas).

La comunidad médica internacional ha consensuado unos criterios clínicos para establecer el diagnóstico de depresión. Estos criterios diagnósticos están recogidos en un manual denominado DSM-IV.

Esta tabla permite relacionar los principales aspectos de sintomatología depresiva en función de cuatro niveles de gravedad (bajo, moderado, severo, grave). La categoría de gravedad más veces señalada determinará el estado de ánimo general del cliente.

Tabla gravedad de síntomas depresivos (adaptado de Palmer, 2007)

Dimensiones estado de ánimo depresivo	Nivel Bajo-Moderado	Nivel Severo	Nivel Grave
---------------------------------------	---------------------	--------------	-------------

Estado de ánimo general	Triste, melancólico	Llanto frecuente	Profunda desesperación
Pérdida de interés	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, productividad reducida	Rechaza cualquier actividad de divertimento
Rechazo social	Descuida quedar con amigos y actividades sociales	Evita activamente contacto social	No responde al entorno social
Desesperanza	Se pregunta si es posible una mejora	Se muestra bastante pesimista sobre el futuro	No ve futuro para sí mismo, con los otros, en el mundo, etc.
Problemas de sueño	Dificultades para dormir, descansar, se levanta	Se levanta pronto por la madrugada y no se puede volver a dormir	Apenas duerme
Lentitud	, actividad lenta y falta de energía	Apatía	Completo estupor
Cambios en el apetito	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer o incrementa su peso
Síntomas físicos	Indigestión, gases, pesadez, etc.	Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración	Síntomas físicos muy intensos e interferentes con su vida
Plano sexual	Pérdida de interés en el sexo	Problemas menstruales, disfunciones sexuales	Problemas menstruales, y sexuales muy intensos e interferentes con su vida
Cambios en estado de ánimo	Mismo estado de ánimo durante el día, pero cambiante entre días	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y pobre concentración	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y nula concentración
Concentración /plano cognitivo	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc.	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc. y deja de hacerlo	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización
Preocupación por la salud	Preocupaciones leves y espontáneas sobre la salud	Preocupación por la salud frecuente	Conductas hipocondríacas y delirios
Culpa	Autoreproches	Percibe depresión como castigo	Delirios de culpa
Ansiedad	Inquieto, tenso, irritable	Miedoso, preocupado,	Muy agitado
Sentimientos de suicidio	Siente que la vida no vale la pena	Considera el suicidio	Planea o intenta suicidio

F) Causas de la depresión

A pesar del enorme interés que se ha dedicado al conocimiento de las causas de la depresión, todavía no conocemos con exactitud los mecanismos causantes de las mismas. Se considera que hay diversos factores implicados.

- a) Factores relacionados con la personalidad del paciente, presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, auto exigencia) predispone a padecer depresiones.

- b) Factores ambientales, sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo.
- c) Factores biológicos: sobre este punto, se deben destacar diversos aspectos:
- Alteraciones cerebrales. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.
 - Alteraciones en neurotransmisores. Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

G) Tratamiento ⁽¹⁵⁾

Hay diversos tipos de depresión, el tratamiento variara de un paciente a otro. Aunque existe un razonable consenso en el tratamiento primordial de los trastornos depresivos, cada paciente requiere un abordaje específico.

Hay dos tipos de tratamiento relevantes en el abordaje terapéutico de los trastornos depresivos: el tratamiento psicológico y el tratamiento biológico (farmacológico).

El peso que en cada paciente tendrá uno u otro tipo de tratamiento dependerá esencialmente del tipo de trastorno depresivo:

- La depresión mayor parece ser una enfermedad con un componente biológico muy importante. Esto justifica que el tratamiento farmacológico sea más importante que el psicológico.

- En el trastorno adaptativo, en el que existe una dificultad para afrontar una situación estresante real, el tratamiento psicológico es especialmente relevante.
 - Por lo que respecta a la distancia, existiría una causa biológica, junto a aspectos de carácter que limitan la capacidad del paciente para afrontar los diversos conflictos del día a día. Por ese motivo, el tratamiento combinado farmacológico y psicológico suele ser el indicada
- **Tratamiento psicológico)**
 - La terapia psicológica cognitivo conductual y en menos medida, la terapia psicológica interpersonal, han demostrado su eficacia como técnicas terapeutas en el tratamiento de los diversos trastornos depresivos.
 - El tratamiento psicológico tiene tres objetivos principales:
 - El tratamiento de los síntomas depresivos propiamente dichos.
 - Si existen rasgos de personalidad que han predisuesto a la aparición del episodio depresivo, la modificación de dichos rasgos de personalidad.
 - El aprendizaje de estrategias de identificación precóz de los síntomas y de prevención de recaídas.

Tratamiento biológico

En lo referente a las terapias llamadas biológicas, se deben destacar los dos tratamientos siguientes: farmacológicos y electro convulsivos.

Tratamiento farmacológico ⁽²⁰⁾

Los antidepresivos actúan normalizando el funcionamiento de los neurotransmisores, se agrupan en diferentes subtipos en función de sobre que neurotransmisor ejercen su acción.

Los primeros antidepresivos (década de los 60) si bien eran muy eficaces, presentaban muchos y desagradables efectos secundarios. La continua investigación ha permitido que en el transcurso de los últimos años se haya descubierto un amplio número de nuevos fármacos antidepresivos de uso fácil, de eficacia elevada y con efectos secundarios muy escasos.

De la gran variedad de antidepresivos existentes en el momento actual no es posible afirmar que antidepresivos es el mejor.

Los antidepresivos más usados en la actualidad tiene las siguientes características:

- Eficacia elevada. Aproximadamente el 60% de los pacientes presenta una remisión completa de la clínica con el tratamiento farmacológico.
- Administración cómoda, habitualmente una vez al día.
- Escasa interacciones, es decir, se pueden recetar en combinación con prácticamente cualquier otro fármaco, como los antihipertensivos, los antidiabéticos, los analgésicos o los antibióticos.
- No producen dependencia.
- Efectos secundarios escasos y de poca intensidad.

Los antidepresivos actúan normalizando el funcionamiento de neurotransmisores se agrupan en diferentes subtipos en función de sobre que neurotransmisor ejercen su acción: serotonina, y noradrenalina.

- Actúan principalmente sobre la serotonina (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina) los fármacos siguientes: fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopran, escitalopram, clomipramina y mirtazapina.
- Los siguientes fármacos actúan principalmente sobre la noradrenalina y la seretonina: imipramina, nortriptilina, venlafaxina y duloxetina.
- Y por último la reboxetina actúa principalmente sobre la noradrenalina.

En la actualidad disponemos de muchos antidepresivos con escasos efectos secundarios. También es importante destacar que todos los efectos secundarios que puede producir un antidepresivo son reversibles, es decir, independientemente de cuánto tiempo se haya tomado, tras dejar de tomarlos desaparece el efecto secundario, sin dejar nunca secuela. Debemos destacar, por ser de dos ideas erróneas ampliamente extendidas en la sociedad, que:

- Los antidepresivos solo producen somnolencia en un 5% de los casos. Las pocas veces que producen sueño, lo hacen de forma leve, sin impedir el funcionamiento normal del paciente.
- Los antidepresivos habitualmente no engordan. Solo se observa aumento de peso en el 10% de los pacientes y el aumento de peso raramente alcanza los 4 o 5 kilos.
- Probablemente el inconveniente más importante de los fármacos antidepresivos actuales es que tardan varias semanas en hacer efecto. Normalmente no se observa la mejoría clínica hasta la tercera o cuarta semana de tratamiento, y alcanza su máxima eficacia a las 10-12 semanas.

Tratamiento electro convulsivo ⁽¹⁶⁾

El tratamiento electro convulsivo o electroshock es el tratamiento más eficaz en la depresión mayor muy grave. No obstante. Algunos aspectos como su uso indiscriminado e inadecuado en el pasado o la utilización caricaturizada en películas con el objetivo de impactar, han motivado un rechazo social a este tratamiento.

En la actualidad, su aplicación se realiza en condiciones sanitarias adecuadas, sin implicar ningún tipo de dolor ni efecto secundario grave para el paciente. Si bien se han propuesto muchas explicaciones para entender el porqué de su eficacia. Hasta el momento no ha podido demostrarse el mecanismo por el cual tiene un efecto antidepressivo tan potente.

H) Complicaciones

Tres son las complicaciones más frecuentes de la depresión: la cronificación de los síntomas, las recaídas y el suicidio.

- **Cronificación de síntomas**

La cronificación de un trastorno depresivo es frecuente. Aproximadamente el 15% de los pacientes que sufren de depresión presentan un curso crónico.

Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

- Hay factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares. etc.).
- El paciente tiene rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día.
- Por el contrario, las depresiones que empezaron espontáneamente, es decir, sin ninguna causa aparente, son las que con menos frecuencia se cronifican.

- **Recaídas.**

Los trastornos depresivos (en especial la depresión mayor y el trastorno distímico) son enfermedades con tendencia a la recaída.

Se considera que aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentan algún otro episodio depresivo a lo largo de la vida.

Un 50% presentará un segundo episodio ya en los dos primeros años tras la recuperación.

A mayor número de episodios depresivos padecidos, mayor es la posibilidad de una nueva recaída.

Esta elevada tendencia a la recaída es que justifica que el tratamiento de la depresión se prolongue durante mucho tiempo finalizando el episodio depresivo es necesario continuar el tratamiento a medio o largo plazo si queremos evitar futuras recaídas.

Cuanto más tiempo este un paciente sin síntomas más probable es que no haya recaídas rápidas tras suspender el tratamiento.

2.2.3. Depresión y Cáncer

Las causas relacionadas con las situaciones son muy similares a las de la ansiedad, y es frecuente la coexistencia de ansiedad y depresión, e incluyen: la incapacidad de compartir sentimientos, sea por falta de amistades, por la conspiración del silencio o aislamiento social; los temores relacionados a la enfermedad y el tratamiento; los pensamientos acerca del pasado y del futuro; las preocupaciones familiares y económicas; las informaciones incompletas y contradictorias y la pérdida de independencia. Las causas relacionadas a la enfermedad incluyen la existencia de síntomas persistentes como el dolor, malestar, ansiedad, disnea o complicaciones como la hipercalcemia. Los tratamientos radioterapéuticos, quimioterapéuticos, el uso de antihipertensivos,

benzodiazepínicos, fenotiazidas y corticosteroides son, también, causas importantes de depresión.

En los pacientes sin enfermedad avanzada el diagnóstico de depresión puede ser realizado por medio de la evaluación de síntomas como sueño, fatiga, constipación y anorexia. Mientras que, en los enfermos en fase avanzada del CA esa sintomatología es común e independiente de la depresión.

Las características físicas son: lentitud motora; pérdida del apetito, problemas sexuales, despertar temprano/insomnio; fatiga. Las características psicológicas de la depresión son: estado de ánimo deprimido más de la mitad del tiempo, por algunas semanas; pérdida de interés por actividades normalmente placenteras; retraimiento social; pérdida de interés por su aspecto personal; rostro inexpresivo o lloroso; pérdida de la capacidad de concentración; desesperanza (sentimiento de que no tiene sentido hacer algo en la vida); deseo de morir; sentimiento de falta de valor, pérdida de la autoestima; culpa, derrotismo; ideas suicidas; malhumor constante.¹⁷

2.2.5. CANCER

El cáncer se clasifica según el tejido a partir del cual las células cancerosas se originan. El diagnóstico está, en gran medida, influenciado por el tipo de tumor y la extensión de la enfermedad.

Frecuentemente, en estados iniciales, los síntomas pueden ser interpretados como procedentes de otras patologías. Aunque las primeras manifestaciones de la enfermedad provienen de síntomas, análisis de sangre o radiografías, el diagnóstico definitivo requiere un examen histológico con microscopio. La clasificación histológica tras la biopsia de la lesión, sirve para determinar el tratamiento más adecuado.¹⁹

Una vez detectado, se trata con la combinación apropiada de cirugía, quimioterapia y radioterapia, dependiendo del tipo, localización y etapa o estado en el que se encuentre. En los últimos años se ha producido un significativo progreso en el desarrollo de medicamentos que actúan específicamente en anomalías moleculares de ciertos tumores y minimizan el daño a las células normales. No obstante, a pesar de las mejoras continuas de las tasas de curación, algunas formas de cáncer continúan presentando mal pronóstico.²⁰

De acuerdo al estudio realizado por la OMS en 2005, es posible prevenir el 30% de los casos de cáncer a través de la disminución de factores de riesgo. Por ello, como resultado de las recomendaciones internacionales, en México se llevan a cabo programas encaminados a prevenir los principales tipos de cáncer, a través de estrategias de prevención y detección oportuna, dos ejes fundamentales para disminuir la morbilidad y mortalidad por dicho padecimiento.²¹

La Secretaría de Salud (SSA) reporta que del egreso hospitalario por cáncer en 2008, la leucemia tuvo mayor presencia (8.7%), seguida del cáncer de mama (5.8%), de cuello de útero (3.3%) y ovario (2.1%). La leucemia afecta principalmente a los hombres (15.1%), mientras que el cáncer de mama a las mujeres (8.4 por ciento).

El cáncer de mama es una de las patologías asociadas al envejecimiento, al retraso en el inicio de la vida reproductiva y a los estilos de vida; además, representa un problema de salud pública, debido al incremento gradual y sostenido de dicha enfermedad, así como al costo de su tratamiento⁶. Según la OMS, a nivel mundial, el

cáncer de mama afecta al 16% de la población femenina que padeció algún tipo de cáncer.

En 2008, la incidencia de cáncer de mama en nuestro país fue de 7.57 casos por cada 100 mil habitantes, afectando principalmente a las mujeres, quienes presentan una incidencia de 14.63 frente a la de 0.27 de los varones. En este sentido, resulta importante conocer la magnitud de este padecimiento entre la población femenina; por ejemplo, la mayor incidencia se presenta en el Distrito Federal (45.84), seguida por Sinaloa (45.76) y San Luis Potosí (45.20), en contraparte, la incidencia más baja se observa en el estado de México (4.62), Chiapas (4.24) y Tlaxcala (2.96).

En 2008, 8.7% de los egresos hospitalarios por tumores malignos a nivel nacional fueron por leucemia.

En los hombres, el cáncer más frecuente es la leucemia (15.1%), mientras que en las mujeres es el de mama (8.4 por ciento).

Para el 2008, la incidencia de cáncer de mama fue de 14.63 por cada 100 mil mujeres de 15 años y más.

La población masculina de 60 años y más presenta una tasa de mortalidad observada por cáncer de próstata de 121.69 por cada 100 mil hombres.

Entre las mujeres de 60 años y más, el cáncer en el cuello del útero tiene una tasa de mortalidad observada de 41.88 por cada 100 mil mujeres.

La principal causa de muerte entre la población es el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (tasa observada de 60.33 por cada 100 mil habitantes)

CANCER TERMINAL

El cáncer avanzado o terminal corresponde a la enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa curación o mejoría, asociada a numerosos síntomas.

De todos los conceptos posibles de la existencia, quizá el de la muerte sea el mas fácil de definir y el mas difícil de asumir.

El rechazo a la idea de la muerte es algo natural a la propia existencia, ya que se supone la negación absoluta e irreversible de la misma. Las causas de ese miedo o rechazo que nos suscita la muerte varían mucho de unas personas a otras.

El miedo de la muerte es un sentimiento lógico, sin embargo pocos se atreven a confesarlo unas veces por prepotencia, otras porque creen que lo malo es el dolor previo, y otros aducen temer morir por ser responsables insustituibles de otra persona. En opinión de HENNEZEL lo que tememos no es la muerte, si no morir antes de haber culminado la vida. Diversos estudios demuestran que el miedo es más frecuente de lo que la gente admite.

El temor y la angustia ante la muerte son más intensos en pacientes jóvenes que en ancianos, ya que aquellos ven truncados sus objetivos, ven cruelmente interrumpidos un futuro lleno de ilusión y esperanza, justo cuando poseen más ganas de vivir que nunca.

Por su parte, los profesionales de la salud, formados preferentemente con la finalidad de curar las enfermedades, no podemos dejar de sentir cierto grado de impotencia, frustración o fracaso ante un paciente que se nos esté muriendo. Debemos superar esta mentalidad, convencernos de que no somos omnipotentes, y sobre todo, asumir la muerte de nuestros pacientes

como un hecho natural e inevitable. Es bueno que pensemos de vez en cuando en la muerte, en lo que podría significar para nosotros y para todos los demás. Así estaremos mejor preparados para cuando llegue el momento de trabajar con pacientes terminales.

PACIENTE CON CANCER TERMINAL

Cuando el cáncer no logra controlarse reaparece y la invasión de células malignas avanza sin que la ciencia médica pueda hacer mucho se dice que el enfermo tiene un cáncer terminal.²²

En esa etapa que es muy difícil para los enfermos y sus familiares se requiere de todo el apoyo de la fortaleza espiritual y emocional.

Los enfermos suelen tener dolores muy fuertes, para lo que se utilizan medicamentos diversos que pueden ser administrados oralmente, por vía subcutánea o inyectados muscular o por vía intravenosa según sea el caso.

Dado que el efecto de los medicamentos dentro del organismo es relativamente breve, lo ideal es la administración vía oral, ya que por medio de las inyecciones, el procedimiento suele ser molesto incómodo y doloroso cuando se realiza varias veces al día.

Gonzáles Montalvo define del estado Terminal como el que atraviesa un paciente con un diagnóstico confirmado de enfermedad irreversible. Con pronóstico fatal a corto plazo y con un deterioro notable de la calidad de vida. Ante este tipo de pacientes nos debemos plantear tres cosas:

- Asegurar el diagnóstico de certeza
- Asegurar una calidad de vida digna hasta su muerte
- Asegurar un apoyo psicológico al paciente y a su familia

ETAPAS PSICOLOGICAS PARA EL PACIENTE TERMINAL

Un estudio sobre pacientes terminales, afirma que el individuo que se aproxima a la muerte atraviesa cinco etapas teóricas que no siempre se suceden con el mismo orden y la misma duración, pues varían en su función de su personalidad, su nivel de gravedad, de las eventuales mejorías que puedan experimentar a lo largo de ellas.

Estas etapas son:

a. Etapa De Negación

Se trata de la reacción de negación de la cruda realidad cuya finalidad no es otra que la de mitigar o paliar la ansiedad y la desesperación que provoca la idea de la muerte segura y cercana. El paciente no quiere asumir de la evidencia del futuro, prefiriendo auto engañarse por un tiempo que pueda durar horas o días. Durante esta fase, el personal de salud debe actuar evitando fomentar en todo momento esa negación, y generando falsas expectativas esperanzadoras. No se trata de procurar que el paciente se quite de la cabeza la actitud de negación, pensemos que se trata de un mecanismo psicológico de defensa, sino de alimentar los argumentos en los que se apoyó. Y, por su puesto, en ningún caso intentaremos que el paciente asuma la realidad de forma brusca.

b. De Ira

Se trata de una reacción violenta de rechazo que experimenta el paciente cuando es consciente de la verdadera realidad. Se muestra irritable, intolerante desconfiado, y acusador ante la familia o ante el propio personal de salud, a quienes puede incluso culparles de su situación terminal, por ejemplo; piensa como un paciente con ansiedad paranoide que, en un arranque de ira, recrimina al personal

de salud que podía haberle evitado la muerte si hubiera optado por otro tratamiento diferente al que propuso.

Debemos estar preparados para este tipo de acusaciones infundidas, que no responden si no a la alteración emocional del paciente, perfectamente comprensible. Actuaremos, pues, con paciencia y comprensión, intentando racionalizar las cosas para que el paciente no se aleje de la realidad, siempre en un tono cordial y conciliador. Le haremos comprender, en definitiva, que la razón de su cólera responde a la amargura y desesperación lógica que provoca la idea de la muerte.

Etapa de Pacto y Negociación

A partir de esta etapa, el paciente afronta la realidad de su enfermedad terminal con la finalidad de alargar su vida, o bien de pelear las molestias que padezca. Buscará las mejores soluciones posibles, nos pedirá consejos, etc. Los creyentes establecerán un pacto con dios.

En otras ocasiones se buscan pactos curiosos, como sucede con el paciente terminal que acepta con ánimo la realidad de la muerte cercana a cambio de poder asistir a la boda próxima de su hijo, o al bautizo de un nieto. Después de tales eventos se derrumban físicamente, pasado así la cuarta etapa.

ETAPA DE DEPRESION

Es casi inevitable que el paciente terminal entre en una fase de depresión indefinida; solo en casos muy determinados, en los que el moribundo se siente plenamente satisfecho de su vida, de haberse realizado como persona, convencido de poder morir tranquilo, mostraría un estado de ánimo no depresivo. Ante esta etapa prestaremos nuestro apoyo manifestando comprensión y

disponibilidad, lo que Rodrigues Marín denomina presencia comprensiva, es importante no animar gratuitamente, aunque, antes de dejar que le obsesione un futuro ominoso es preferible instarle a que recuerde lo que ha vivido, lo bien que la paso, que la vida a merecido la pena.

Quizá haya momentos en el que el paciente no desee la compañía de familiares y amigos, ante esta situación no debemos forzar las cosas ni en un sentido ni en otro.

2.2.6 Rol del Enfermero Después de Cáncer

Conocer a un paciente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en él y pone en marcha una relación de cuidados que le proporcione información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos que va a realizar.

Cuando se aplica a la persona, el concepto de cuidado, se debe tomar en cuenta que este deberá ser holístico, resaltando el hecho de que las enfermeras deben conservar en su mente a la persona de manera integral, y esforzarse por comprender la zona de preocupación del paciente que guarda relación con sus esferas biológica, psicológica, social y cultural.

El profesional de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético y solidario en el proceso salud-enfermedad en los pacientes que precisan de una atención adecuada.

Para brindar ese apoyo que requieren los pacientes, el alumno debe contar con un cuerpo de conocimientos científicos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas; biológica, social y psicológica.

Esta última abarca el apoyo emocional que “comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra”, por consiguiente la enfermera debe tener los conocimientos

necesarios y la sensibilidad para poder atender y brindar esta necesidad, que el individuo demanda día con día. Respecto al apoyo emocional que el alumno de la Licenciatura en Enfermería debe brindar al individuo sano o enfermo, se ha observado que no se atiende completamente esta necesidad, puesto que necesita tener una adecuada interacción con el paciente, de igual forma debe brindar apoyo y atención de acuerdo a la identificación de necesidades. ⁽¹⁸⁾

Cuidado Psicológico y Apoyo Emocional al Paciente. ⁽¹⁸⁾

La psique, del griego, psyché, «alma», es un concepto procedente de la cosmovisión de la antigua Grecia, que designaba la fuerza vital de un individuo, unida a su cuerpo en vida y desligada de éste tras su muerte

La psiquis permite al organismo orientarse en el mundo sea por:

Reflejos cognitivos: sensaciones, Percepciones, pensamiento.

Reflejos afectivos. Emociones, sentimientos.

Función homeostática

La psiquis es lo que permite al organismo asumir una posición activa e independiente ante el medio, permitiéndole la supervivencia en función del desarrollo que le permita su inteligencia.

En el ser humano la autorregulación se transfiere a otras funciones mentales tales como el consciente, permitiendo tomar conciencia de niveles reguladores que en otras especies son instintivos. Al adquirir un carácter eminentemente consciente, le permite no sólo adaptarse al medio sino también transformarlo para su provecho.

El órgano de la psique es el encéfalo

Psíquico.

Relativo a la mente: desarrollo psíquico.

Relativo o perteneciente al alma o a la actividad mental.

Relativo a la psique o al psiquismo.

Relacionado con la mente humana

A pesar de que la enfermería y la psicología son dos campos separados, ambos están muy vinculados. En el campo de la enfermería, la atención se centra en ayudar a las personas a mejorar su salud y recuperación. La psicología por su parte se ocupa de los procesos mentales y el comportamiento. Estas dos materias están muy relacionadas, porque para ayudar a las personas a recuperarse de manera adecuada de sus problemas de salud, una enfermera debe entender el comportamiento y el estado emocional de un paciente.

Tanto los psicólogos como las enfermeras, tienen el objetivo común de entender las necesidades emocionales y biológicas de sus pacientes. Aunque las enfermeras a veces proporcionan atención muy básica, tienen la importante tarea de apoyar a los pacientes para que desarrollen su capacidad de ser independientes. Una enfermera optimista brinda consuelo a los pacientes y tiene la capacidad de estimular el pensamiento positivo.

Cuidados psíquicos de Enfermería ⁽¹⁸⁾

- Ayudar al paciente a identificar qué personas significativas pueden servirle de apoyo en sus momentos de dificultad.
- Mientras dure la hospitalización informar al paciente acerca de su enfermedad e informar también a los familiares del funcionamiento y organización hospitalaria. Se pueden facilitar otros horarios de visita, según sus ocupaciones y disponibilidad.
- Ayudar a la familia a identificar la sintomatología del paciente debida a su enfermedad de forma a resolver lo mejor posible los

problemas que pudieran aparecer en el domicilio. Valorar la comprensión de la familia acerca de la enfermedad del paciente y sus consecuencias.

- Asesorar a los miembros de la familia e insistir en la importancia de la toma de la medicación para evitar recaídas. Explicar la pauta de la medicación, horarios, dosis así como los efectos secundarios que pudieran aparecer. También es importante que los familiares estén informados de las citas médicas que el paciente tiene.
- Implicar a la familia en el seguimiento y en los cuidados del paciente tanto durante el ingreso como al alta mediante charlas informativas.
- Animar al paciente a que participe en diferentes actividades con otras personas que tengan intereses comunes, fomentando las relaciones interpersonales y evitando el aislamiento y de manera a incrementar la red de apoyo social.
- Implicar a la familia en la toma de decisiones del paciente para solucionar los problemas existentes.
- Apoyar a los miembros de la familia ofreciendo ayuda e interés de tal forma a aumentar el nivel de confianza. La enfermera establecerá relaciones terapéuticas basadas en la empatía, la escucha y la aceptación con los familiares del paciente.

a. Aspectos psicosociales en la práctica de la enfermería

A pesar de que síntomas como la ansiedad, el miedo y la depresión sean evidentes y prevalentes, muchos pacientes tienden a permanecer sin el diagnóstico del equipo profesional. Esto debido, en parte, a la dicotomía mente-cuerpo, así como al mecanismo de negación del equipo.²²

No se puede cuidar de un cuerpo sin emociones, sentimientos y pensamientos, así como no se puede tratar de emociones, sentimientos y pensamientos sin un cuerpo. La cuestión principal es cuidar de un ser humano con cáncer y no del cáncer de un ser humano. Siendo así, en cuanto a la dinámica del funcionamiento institucional, los reglamentos relativos a horarios de visitas, permanencia del acompañante en el cuarto entre otros, deben ser flexibles; las informaciones dadas por los profesionales respecto al estado de salud del enfermo deben, en lo posible, ser fieles y los profesionales deben, aún, facilitar el acceso de la familia y del enfermo a los recursos humanos de religiosos, abogados, parientes distantes, necesarios para la manutención o modificación de sus opciones de vida.⁽²²⁾

Teóricas que dan sustento a la investigación

Características del Cuidado Humano SEGÚN JEAN WATSON

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir.

“El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación.

El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención”.

Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado relacionarse con como ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de alguien que implica desarrollo.

CATEGORIAS DEL CUIDADO HUMANO SEGÚN JEAN WATSON

Jean Watson, con su teoría del cuidado humano, reconoce a la persona cuidada como un ser integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado donde el aspecto socio cultural es preponderante para el cuidado del paciente.

El concepto precepción de cuidado, es definido como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado, lo cual esta relacionado con el cuidado genuino y simultaneo citado por Watson que permite al paciente y enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea. Es importante rescatar los comportamientos de cuidado que conforman cada categoría de cuidado como también su significado a la luz de la teoría del cuidado humano de Watson:

A.-Categoría sentimientos del paciente

Sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera-paciente (sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano) De acuerdo con Watson el ejercicio profesional de enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”, y el “Cultivo de la sensibilidad hacia una mismo y hacia los demás”

B.-Categoría apoyo emocional

Apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente .Este apoyo emocional

corresponde al elemento asistencial de Watson “Desarrollo de una relación de ayuda confianza”

C.-Categoría apoyo físico

Componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor.

De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la satisfacción de las necesidades humanas y la provisión de un entorno de apoyo, de protección mental, física, sociocultural y espiritual.

Categoría características de la enfermera

Comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la enfermera como:

Persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos comportamientos de cuidado identifican una enfermera genuina sincera, acorde con la visión de Watson en su premisa 3 de la ciencia de la enfermería: “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. De acuerdo con Watson, la categoría cualidades del que hacer de la enfermera, hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado con el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad el diálogo, su desempeño, es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo cumple con el deber profesional, reconoce sus

debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo, y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo. En esta categoría se evidencia la acción de una enfermera, dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral que en las palabras de Jean Watson corresponden a : “Cuidado humano que involucra valores, voluntad, y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”.

La categoría pro activada

Definida como aquellos comportamiento de enfermera, que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a el y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos.

Para Watson la promoción de la enseñanza, aprendizaje interpersonal es un concepto importante de la enfermería. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificado la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

F .La categoría priorizar al ser cuidado

Definen que hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar a la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los comportamientos de esta categoría involucran al

personal de enfermería en una relación de cuidado transpersonal, ya que para Watson: “el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior”.

Rescatar el cuidado humano en cada uno de nosotros, los seres humanos, es vital en el momento actual. En todos los sectores, y en particular, entre las profesionales de la salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral.

COMPONENTES DEL CUIDADO HUMANO

Los principales componentes del cuidado son: conocimiento, ritmos alterados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. El autor hace una descripción de cada uno, los cuales se resumirán de la siguiente manera.

CONOCIMIENTO

Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad.

Para cuidar de alguien, se debe conocer muchas cosas. Por ejemplo, quien es la persona que se cuida, sus poderes y limitaciones, sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades.

RITMOS ALTERNADOS

Es realizar el cuidado con armonía con ritmo y no de una forma alterada.

No se puede cuidar apenas por hábito; debe ser capaz de aprender a partir del pasado. Se ve cuantos comprenden mis acciones, si ayudé

o no, y a la luz de los resultados, se debe mantener o modificar el comportamiento de modo de poder ayudar mejor al paciente.

A. PACIENCIA

La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera.

Con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito y al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.

B. SINCERIDAD

En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mi me gustaría que fuese, o como siento que debe ser.

Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver otro como él es, debo también verme a mi como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino por la sinceridad es parte integrante del cuidado.

C. CONFIANZA

El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confié en que el va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

D. HUMILDAD

El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre si mismo, y sobre aquello que el

cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma privilegiada.

Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado.

E. ESPERANZA

Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.

- CORAJE

Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido mayor será el coraje exigido para cuidar.

Madeleine Leninger. La teoría de la transculturalidad aporte realizado por La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar

el sus creencias, costumbres y nivel cultural de los personas y con ello también tener en cuenta sus creencias, costumbres entorno a la muerte y al ser divino y con ello comprender sus necesidades espirituales y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas.²³

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Emociones

Las emociones por tanto son fenómenos *biológicos* que implican la actividad del sistema autónomo y hormonal en una serie de reacciones fisiológicas dirigidas a regular la conducta de enfrentamiento

b. Bienestar

El concepto de bienestar ha sido equiparado en muchas ocasiones con el de afecto positivo, felicidad o satisfacción con la vida, apareciendo como una variable amplia y difusa.

c.- Apoyo emocional

sirve de un conjunto de técnicas, como la Terapia Gestalt o la Psicología Humanista... para crear un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas puedan expresarse libremente.

Su principal objetivo es acompañar a las personas a encontrar herramientas en ellas mismas con las que poder superar las diversas dificultades que se presentan en la vida.

d.- Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

e.- Cáncer

Mal que destruye o daña gravemente a la sociedad o a una parte de ella y es difícil de combatir o frenar.

2.4. HIPOTESIS.

H^a.- El programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica, es eficaz.

H^o.- El programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica, no es eficaz.

2.5. VARIABLES

Variables X

EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL

Variables Y

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

2.5.1. Definición conceptual

Variables X

EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL

Es cuando el programa aplicado por el personal de salud que labora en la institución es aceptado y logra ciertos cambios favorables en la actitud de las personas.

Variables Y

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de interés por las cosas y es entendible en pacientes con cáncer ya que asocian esta enfermedad a la muerte.

2.5.2. Definición operacional de la variable

EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL Es la respuesta de aceptación y de soporte es decir que las orientaciones y manifestaciones de afecto y comprensión han sido eficaces para el paciente calificándolo de Eficaz y no eficaz.

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

En nivel de depresión Leve moderada y grave

2.5.3- Operacionalización de variable

Variable x

EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL

Dimensiones

- Apoyo emocional Permanente
(en cada procedimiento que se le realiza)
- Acompañamiento (tiempo de escucha
- Calidez , amabilidad y empatía
- Orientación a la familia

Variable y

NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER

Depresión Leve

Moderada y grave

CAPITULO III: MATERIAL Y METODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

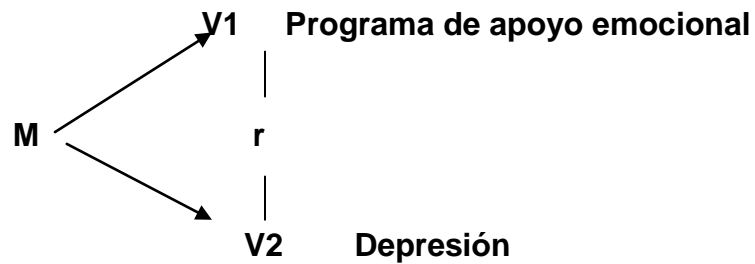
De tipo no experimental. Porque no se manipularán las Variables de estudio.

Nivel de Investigación

De nivel descriptiva: Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso la opinión del paciente entorno a la eficacia del programa de apoyo emocional en la depresión que presentaron.

De Diseño Correlacional Porque el trabajo fue realizado en un tiempo y momento determinado

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et all (2005).



En el presente esquema tenemos:

M = Representa la muestra de estudio

V1 = Programa de apoyo brindado con anterioridad

V2 = Depresión

r = Indica el grado de relación entre ambas variables.

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2.- AMBITO DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizará en el servicio oncológico del Instituto regional de enfermedades neoplásicas sur Arequipa.

3.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

- Estuvo conformada por 24 pacientes que padecen de cáncer hospitalizados del servicio oncológico del Instituto regional de enfermedades neoplásicas sur Arequipa

Muestra

- Fue de manera intencional ya que se consideró a los 24 pacientes hospitalizados en el IREN SUR de Arequipa durante el segundo trimestre

del año 2016, que cumplan con los criterios de inclusión, que se convirtieron en muestra.

Criterios de Inclusión.

- Pacientes en estado consciente
- Pacientes que deseen participar de la investigación

Criterios de exclusión

- Pacientes con dificultad para la comunicación
- Pacientes que no deseen participar en la investigación

3.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1 Técnicas

La entrevista

3.4.1. **Instrumentos**

Será una encuesta validada de La versión original es de Zigmond y Snaith, 1983. Traducida y adaptada al castellano por Caro e Ibáñez en 1992, y posteriormente por Torres y Compañan en 2006

Se considero aplicar a los pacientes con cáncer terminal, preguntas específicas y tener su opinión entorno a la aplicación del programa de apoyo emocional.

Preguntas entorno a la eficacia del programa de apoyo emocional

Recibieron en el instituto de enfermedades neoplásicas.

Recibió algún programa de apoyo emocional.

- Nunca
- A veces
- Siempre

Los cuales se les asigno un puntaje de 4 a 1

Siempre (3) A veces (2) nunca (1) por lo tanto la puntuación para obtener los resultados de eficacia.

Fue eficaz (Porque recibió apoyo emocional siempre y casi siempre)

No fue eficaz. (Porque nunca recibió apoyo emocional o algunas veces) y por indiferencia es decir considerar que nada le ayuda debido a la depresión grave.

CAPITULO: IV. RESULTADOS

TABLA: 1

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON CANCER

Perfil	F	%
Edad		
25 - 35	5	21
36 - 60	8	33
61 - 81	11	46
Total	24	100
Estado Civil		
Soltera	--	
Conviviente	14	58
Casada	10	32
Total	24	100
Grado Instrucción		
Primaria completa	5	21
Secundaria completa	11	46
Superior	8	33
	-	--
Total	24	100
Familia e hijos		
Sin familia	6	25
1 – 2 Hijos	8	33
3 a 4 Hijos	10	42
Total	24	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 46% de los pacientes tienen 61 a 81 años, el 33% tienen 36 a 60 años y el 21% 25 a 35 años. Respecto al estado civil el 58% son convivientes y 32% son casadas, el grado de instrucción en el 46% tienen primaria y secundaria completa respectivamente y el 33% tiene grado de instrucción superior. Familia e hijos el 42% (10 tienen 3 a 4 hijos, el 33% (8) 1 a 2 hijos y el 25% (6) no tienen familias

TABLA: 2

EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN OPINIÓN DE LOS PACIENTES

EFECTIVIDAD	PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL	
	N	%
EFFECTIVO	20	83
NO EFFECTIVO	4	17
TOTAL	24	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se evidencia que el programa de apoyo emocional es efectivo en el nivel de depresión según opinión de 20 pacientes equivalente al 83% y en 4 de ellos 17% no es efectiva.

GRAFICO: 2

EFICACIA DEL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN OPINIÓN DE LOS PACIENTES

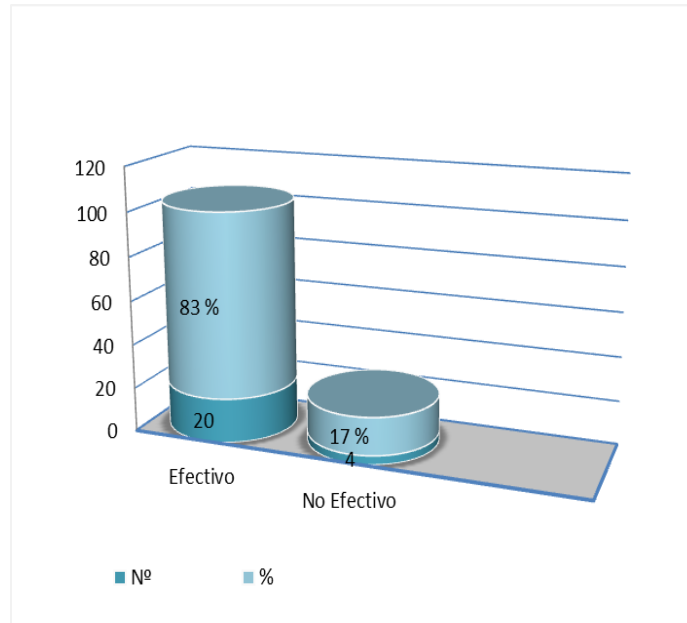


TABLA: 3

NIVEL DE DEPRESIÓN ACTUAL QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON CÁNCER DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICA

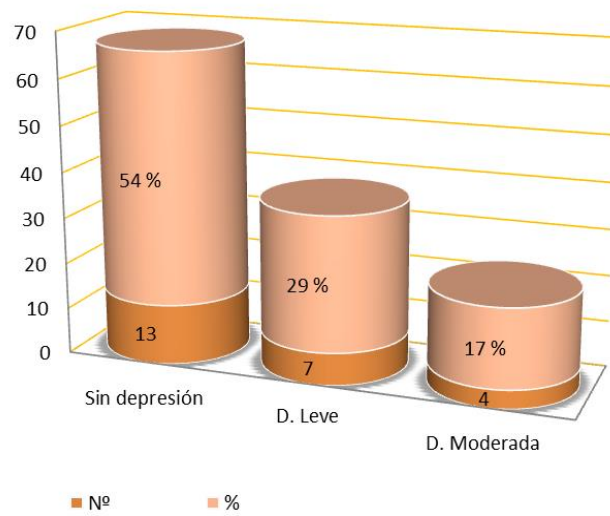
NIVEL	PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN	
	N	%
Sin depresión	13	54
D. Leve	7	29
D. Moderada	4	17
TOTAL	24	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el nivel de depresión después del programa de apoyo emocional es leve en el 28%(7) y es bajo en el 17%(4) y solamente en un 17%(4) la depresión es moderada

GRAFICO: 3

NIVEL DE DEPRESIÓN ACTUAL QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON CÁNCER DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICA



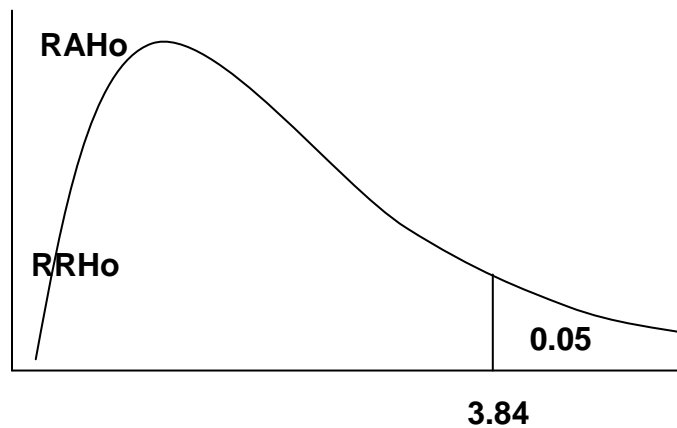
CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

H^a.- El programa de apoyo emocional es eficaz en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica.

H^o.- El programa de apoyo emocional no es eficaz en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades

ESTADISTICO DE PRUEBA: "CHI-CUADRADO" $\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$

- Nivel de significancia = **0.05**



Valor de la Distribución	Grados de Libertad	"p"
$\chi^2 = 7.15$	$(F-1) \times (C-1) = (2-1) \times (2-1) = 1$	0.0076

Interpretación: Debido que la probabilidad del estadístico **p = 0.0076** es menor que **0.05**. Se determina que el programa de apoyo emocional es eficaz en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En esta investigación a partir de haberse brindado apoyo emocional a través de un programa planificado e impartido en la institución se puede afirmar que todas las actividades bien planificada y ejecutada permite cumplir los objetivos. En este caso el programa de apoyo emocional es eficaz en la depresión que padecían los pacientes con cáncer. Se puede observar que en el (83%) de la población muestral. Es decir hubo un incremento significativo en el conocimiento El mayor número de pacientes tienen grado de instrucción secundaria completa y superior, tienen hijos , sus edades las ubican en las etapas de adultas maduras y adultos mayores Esto permite ver que existía un nivel bajo de conocimiento en los familiares estos datos nos permite ver sus características sociodemográficos que se pretendía conocer en la investigación

Después de programa de apoyo emocional se evidenciaron cambios ya que fue eficaz en el nivel de depresión. Estos resultados guardan cierta similitud con los trabajos de investigación donde se involucran los profesionales de salud y brindan el apoyo emocional necesario para dar soporte afectivo a los pacientes con tan penosa enfermedad.

Hay que recordar que los pacientes sometidos a quimioterapia necesitan el apoyo de todo el personal de salud y de sus familiares es entonces necesario seguir realizado programas de apoyo emocional ya que es eficaz según los mismos pacientes y los resultados lo evidencian

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de los pacientes tienen 61 a 81 años, seguido de los que tienen 36 a 60 años. Respecto al estado civil predominan los pacientes que son convivientes, el grado de instrucción el 46% tienen primaria y secundaria completa respectivamente y el 33% tiene grado de instrucción superior.

El programa de apoyo emocional es eficaz en el nivel de depresión según opinión de 20 pacientes equivalente al 83% y en 4 de ellos 17% no es efectiva.

El nivel de depresión después del programa de apoyo emocional es leve en el 28%(7) y es bajo en el 17%(4) y solamente en un 17%(4) la depresión es grave

Hubo disminución significativa de la depresión y según opinión de los pacientes el apoyo emocional que reciben de parte del personal de enfermería y otros miembros del equipo de salud es eficaz y le brindan el soporte necesario

RECOMENDACIONES

- Comprobando que el apoyo emocional a través del programa es eficaz en la depresión de los pacientes. Se recomienda a considerar su aplicabilidad en otras áreas hospitalarias.
- Se recomienda considerar la utilización de programas de apoyo emocional con mayor frecuencia en diferentes patologías, ya que se comprueba su eficacia a través del mismo testimonio de los pacientes que padecen depresión.
- Se hará llegar los resultados de la investigación a la institución con la finalidad que puedan considerar la necesidad de trabajar también con los familiares de los pacientes con cáncer, ya que existen pacientes que no tienen el apoyo de las familias.
- Se recomienda, realizar trabajos de tipo cuasi-experimentales con la finalidad de poner en práctica programas, talleres y sesiones educativas brindando la oportunidad de mayor participación y compromiso de la familia en el cuidado del paciente oncológico.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Barraclough, Jennifer. Cáncer y emoción: una guía práctica para la psico-oncología. 2000
- 2.- Patricia Noemy Rojas Mesía duelo anticipatorio en padres de niños con Cáncer 2006
- 3.-Alvarez,C. y Valdivieso,F. (2013) .Psico-oncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial psycho-oncology Clínica Las Condes
- 4.- La Organización Mundial de la Salud (OMS)
- 5.- Dammert Ludowieg, Adolfo presidente de la Liga Contra el Cáncer.2007
- 6.- Galarza, Alvarez Juanita Relación de profesionales de la salud y Apoyo Familiar, en los cuidado, básico del paciente con cáncer terminal en Cuba, en el 2009
- 7.- Martinez, M. y cols Apoyo Emocional: Conceptualización Y Actuación De Enfermería; Una Mirada desde la Perspectiva del Alumno, México 2010
- 8.- Bagué Madrigal Letiné Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados planta de oncología. hospital infanta Cristina. Badajoz-2016
- 9.- Tabernero ,M. Y COLS.(2013) Eficacia De Las Intervenciones Psicológicas En Hombres Con Cáncer De Próstata. España
- 10.-Alvarez,C. y Valdivieso,F. Un modelo de intervención y apoyo psicosocial (2013)
- 11.- Villalta, A “Evaluación de las necesidades espirituales de los pacientes diagnosticados de cáncer 2010
- 12.-Tocilovac, I. “Observaciones acerca de las ideas sobre la muerte Lima-Perú”. 2011

- 13.-Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto regional de enfermedades neoplásicas - 2013
- 14.- Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.
- 15.- Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
16. Botega, N . Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996; 55-65.
17. Alvarez,C. y VALDIVIESO,F. (2013) .Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial psycho-oncology Clínica Las Condes
- 18.-[Http://Marlviniaportes.Blogspot.Pe/2014/06/Importancia del-Cuidado-Psicologico -Y.Html](http://Marlviniaportes.Blogspot.Pe/2014/06/Importancia-del-Cuidado-Psicologico-Y.Html)
- 19 Maite Hernández Menéndez, María de los Ángeles Ríos Hernández: *Oncogenes y cáncer*. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev Cubana Oncol 1999;15(2):131-9
- 20.- Salta a:^{a b c} *Generalidades en oncología*. Fundación para la Excelencia y la Calidad en la Oncología. Consultado el 3 de febrero de 2013.
- 21.- Volver arriba↑ *Tratamiento del cáncer*. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 3 de febrero de 2013
- 23.- Modelos y teorías de enfermería Editorial Elzevires Science Health

Instrucciones: Lea las preguntas detenidamente y luego marque con un aspa (x), la respuesta correcta según crea conveniente. Este cuestionario permitirá tener su opinión entorno al programa de apoyo emocional que recibió en algún momento de su atención en el instituto regional de Lima, Asimismo sus datos personales sin necesidad de colocar sus nombres (es anónimo)

Datos del paciente:

Edad.

Estado Civil

Soltera

Conviviente

Casada

Total

Grado Instrucción

Primaria completa

Secundaria completa

Superior

Familia y N° de hijos

Sin familia

1 a 2 hijos

3 a 4 hijos

RESPECTO AL PROGRAMA DE APOYO EMOCIONAL

Recibió algún programa de apoyo emocional.

- Nunca
- A veces
- Siempre

¿El programa le sirvió para ver la situación en que se encuentra y verla con mayor nivel de afrontamiento?

Siempre (3)

- a) A veces (2)
- b) Nunca (1)
- c) Fue eficaz

Porque recibió apoyo emocional siempre y casi siempre.

- a) Si
- b) No

No fue eficaz.

- a) Porque nunca recibió apoyo emocional
- b) Algunas veces y por indiferencia es decir considerar que nada le ayuda debido a la depresión grave.

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

La versión original es de Zigmond y Snaith, 1983.

Traducida y adaptada al castellano por Caro e Ibáñez en 1992, y posteriormente por Torres y Compañ en 2006.

1. Me siento tenso o nervioso.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia

6. Me siento alegre.

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento.

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

- El Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés en mi aspecto personal.

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro.

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Muy frecuentemente

Bastante a menudo

No muy a menudo

Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

A menudo

A veces

No muy a menudo

Rara vez

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión en pacientes con cáncer del instituto regional de enfermedades Neoplásicas sur Arequipa-2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
¿Cuál es la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión en pacientes con cáncer del instituto regional de enfermedades neoplásicas sur Arequipa-2016?	<p>Objetivo General: Reconocer las características socio demográficas de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur de Arequipa - 2016</p> <p>➤ Identificar la eficacia del programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur de Arequipa – 2016</p>	<p>H^a.- El programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, es eficaz.</p> <p>H^o.- El programa de apoyo emocional en el nivel de depresión según opinión de los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, no es eficaz.</p>	programa de apoyo emocional en el nivel de depresión	<p>Características socio demográficas de los pacientes con cáncer</p> <p>Eficacia del programa de apoyo emocional</p>	<p>Edad Ocupación Estado civil Grado de Instrucción</p> <p>Apoyo emocional Permanente (en cada procedimiento que se le realiza) Acompañamiento (tiempo de escucha Calidez , amabilidad y empatía</p>

	<p>➤ Identificar el nivel de depresión actual que presentan los pacientes con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur Arequipa-2016</p>			<p>El nivel de depresión actual que presentan los pacientes</p>	
--	---	--	--	---	--