

Sintomatología depresiva y apoyo social en una muestra de pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.



Universidad
de La Laguna

Autor: Josué Martín Armas.

Tutora: María Lourdes Fernández López.

Curso: 2016-2017.

Titulación: Grado en Enfermería.

Proyecto de fin de grado.

Resumen.

La depresión es un trastorno mental altamente prevalente, y la probabilidad de padecerla aumenta si se posee una patología médica de base, llegando a estar presente hasta en un 10% a 20% de los casos. Dichas cifras se ven incrementadas en pacientes cardiológicos, oncológicos y neurológicos. Sin embargo, la sintomatología depresiva puede verse influida por las redes de apoyo social, de las cuales se ha descubierto un efecto amortiguador sobre dicha sintomatología al actuar como mediador entre el apoyo social, los eventos vitales estresantes y la depresión.

Este proyecto tiene como objetivo detectar y cuantificar sintomatología depresiva en pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), evaluar el apoyo social percibido en sus distintos componentes y analizar la posible existencia de relación entre sintomatología depresiva, apoyo social percibido y variables clínicas y sociodemográficas de interés. Se realizará un estudio cuantitativo, observacional y transversal, descriptivo y analítico. La muestra estará constituida por pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del CHUC por tumores cerebrales, hemorragias intracraneales, traumatismos craneoencefálicos y epilepsias, a lo largo de un periodo de 3 meses, y que cumplan con los criterios de inclusión y no estén afectados por los criterios de exclusión. Se utilizará: un cuestionario de elaboración propia, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el cuestionario MOS (The Medical Outcomes Study Social Support Survey). La información recogida en los cuestionarios será analizada estadísticamente por un profesional cualificado.

Summary.

Depression is a highly prevalent mental disorder, and the likelihood of suffering from it increases if one has a basic medical condition, and is present in up to 10% to 20% of cases. These figures are increased in cardiological, oncological and neurological patients. However, depressive symptomatology can be influenced by social support networks, which have found a damping effect on this symptomatology by acting as a mediator between social support, stressful life events and depression.

This project aims to detect and quantify depressive symptomatology in patients admitted to the Hospital Universitario de Canarias (CHUC) Neurosurgery Unit, to evaluate the perceived social support in its different components and to analyze the possible existence of a relationship between depressive symptomatology, social support Perceived and clinical and sociodemographic variables of interest. A quantitative, observational and transversal, descriptive and analytical study will be carried out. The sample will consist of patients admitted to the CHUC Neurosurgery Unit for brain tumors, intracranial haemorrhages, traumatic brain injury and epilepsy over a period of 3 months and who meet the inclusion criteria and are not affected by the Exclusion criteria. It will be used: a questionnaire of own elaboration, the Hospital Scale of Anxiety and Depression and the

MOS questionnaire (The Medical Outcomes Study Social Support Survey). The information collected in the questionnaires will be analyzed statistically by a qualified professional.

PALABRAS CLAVE: Apoyo social, Depresión, Redes de apoyo social, Neurocirugía.

KEYWORDS: Social support, Depression, Social support networks, Neurosurgery.

Índice.

- **1) Marco teórico.**
 - 1.1) Introducción. → Pág 5.
 - 1.2) Trastorno depresivo. → Pág 6.
 - 1.2.1) Instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva. → Pág 9.
 - 1.3) Apoyo Social. → Pág 11.
 - 1.3.1) Instrumentos de evaluación del apoyo social. → Pág 13.
 - 1.4) Apoyo social y trastorno depresivo. → Pág 14.
 - 1.5) Justificación. → Pág 15.

- **2) Proyecto de investigación.**
 - 2.1) Objetivos. → Pág 16.
 - 2.2) Metodología. → Pág 16.
 - Tipo de estudio. → Pág 16.
 - Muestra. → Pág 16.
 - Instrumentos de medida. → Pág 17.
 - Procedimiento. → Pág 18.
 - Análisis estadístico. → Pág 19.
 - Consideraciones éticas. → Pág 19.
 - Cronograma. → Pág 20.
 - Presupuesto. → Pág 20.

- **3) Bibliografía.** → Pág 21.

- **4) Anexos.** → Pág 24.

1) MARCO TEORICO.

1.1) Introducción.

Con frecuencia la patología física puede desencadenar una serie de síntomas psicológicos, destacando los ansiosos y los depresivos. Sin embargo, las personas pueden valerse de una serie de medios que le sirven de protección y alivio ante dicha sintomatología. Entre estos destacan las redes de apoyo social, que son aquellos recursos sociales accesibles y disponibles para una persona. Existe una mayor propensión a padecer sintomatología depresiva en las personas afectadas de patología médica, y aún más si esta patología es de carácter cardiovascular, oncológico o neuroquirúrgico (1). Así pues, los pacientes neuroquirúrgicos constituyen un grupo de interés donde estudiar la posible relación entre sintomatología depresiva y apoyo social.

La neurocirugía es una de las ramas de la medicina quirúrgica que se encarga de estudiar y tratar aquellas enfermedades quirúrgicas o potencialmente quirúrgicas del sistema nervioso central, periférico y autónomo. Aquí se incluyen: vascularización y anejos, cubiertas, y todo el manejo operatorio y no operatorio del dolor. Es por tanto el Neurocirujano el encargado de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de pacientes, ya sean adultos o pediátricos, que presenten trastornos del sistema nervioso potencialmente quirúrgicos, abarcando la patología del encéfalo, el cráneo y sus aportes vasculares, las meninges, la patología de la hipófisis, la patología de la columna vertebral y de la médula espinal, y la patología de los nervios periféricos. (2) Existe una amplia gama de patologías que son tratadas por la unidad de Neurocirugía como son: absceso cerebral, absceso de la médula espinal, absceso del SNC, accidente cerebrovascular, apoplejía, aumento de la presión intracraneal, ciática, compresión de la médula espinal, derrame cerebral hemorrágico, derrame subdural, hematoma epidural, hematoma extradural, hematoma subdural, diversos tipos de hemorragias, hernias discales, diversos tipos de hidrocefalia, trastorno convulsivo, y diversos tipos de tumores.

1.2) Trastorno Depresivo.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de bienestar físico, psíquico y social". Por esta razón, la salud no debe ser entendida sólo como un estado de ausencia de afectación de las estructuras físicas del organismo, sino como un estado de bienestar que abarca todas las dimensiones que componen al ser humano. Existen numerosas patologías que afectan a la dimensión psíquica del individuo, siendo el "Trastorno Depresivo" una de las que más auge ha adquirido en la sociedad moderna.(3)

La OMS define la depresión como "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".(4) Otros autores, como Graciela Rojas, la definen como "una de las enfermedades más importantes de la psiquiatría, la cual produce sufrimiento personal, familiar e interpersonal, generando discapacidad y produciendo elevados costos económicos para la sociedad. "(5) Dicho trastorno puede presentar la siguiente sintomatología: sentimiento de tristeza, inquietud, agitación, irritabilidad e ira, aislamiento del individuo, fatiga, falta de energía, sentimientos de desesperanza, abandono, minusvalía, odio a uno mismo, sentimientos de culpa, pérdida de interés o placer en actividades que antes eran satisfactorias, cambio súbito en el apetito (a menudo con aumento o pérdida de peso), pensamientos de muerte o suicidio, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.(6) Esta sintomatología se encuentra relacionada con varios neurotransmisores, cuya variación en concentración, o en nivel de actividad, puede ocasionar la aparición de sintomatología depresiva: se cree que la serotonina juega un papel importante en los síntomas de ansiedad, obsesiones y compulsiones; por otro lado, se considera que una mala regulación en el sistema de transmisión de dopamina produce pérdida de motivación, deficiencias en el sistema de recompensas y una disminución del placer; además, se relaciona la noradrenalina con el mantenimiento de la atención y la motivación. (7)

Se estima que cerca del 25% de los pacientes no psiquiátricos presentan sintomatología psiquiátrica siendo diagnosticados solo del 1 al 3% de los casos (8). Por otro lado, la prevalencia del Trastorno Depresivo es elevada y se estima que 1 de cada 5 personas sufrirá un trastorno de este tipo a lo largo de toda su vida, existiendo una mayor propensión a padecerlo si el paciente posee una patología médica de base, presentándose en un 10 a 20% de los casos. Las cifras más elevadas se encuentran en grupos concretos de enfermedades como las cardiovasculares, las oncológicas o las neurológicas.(1).

En lo referente a los pacientes cardiológicos, se ha observado que la depresión se encuentra con frecuencia en los ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca y se relaciona con varios factores biomédicos y psicosociales (9). Se ha encontrado que esta patología está presente en el 48.5% de los pacientes, de los cuales un 37.6% eran varones y un 57% eran mujeres, si bien esta frecuencia varía sustancialmente en función de factores biomédicos y psicosociales. (9) Por otro lado, el trastorno depresivo no afecta solo a pacientes ancianos. Según un estudio en pacientes cuyas edades se encuentran entre los 50 y 55 años, se determinó que la aparición de depresión puede estar relacionada con la falta de conocimiento acerca de la enfermedad cardíaca que posee el paciente. A lo anterior se suma un sentimiento de culpa debido a que los pacientes relacionan su patología con los malos hábitos que han tenido a lo largo de su vida o con factores inherentes a la misma. Por otro lado, se conoce que la experiencia de cualquier forma de cirugía puede llegar a suponer la aparición de una patología de origen psiquiátrico en el futuro, la cual no está directamente relacionada con la severidad de la propia enfermedad o de la cirugía en sí. Por otra parte, debido a la importancia que otorga la creencia popular al corazón, el impacto emocional que produce el padecimiento de una patología cardíaca se acentúa considerablemente, llegando a poner en riesgo la recuperación del paciente ya que los pacientes que niegan su situación o que se encuentran deprimidos o ansiosos no poseen la capacidad de realizar el esfuerzo postoperatorio necesario para modificar los factores de riesgo para participar eficaz y eficientemente en una rehabilitación postquirúrgica. Como consecuencia de lo anterior, la posibilidad de realizar cambios en los hábitos nocivos se ve reducida, lo cual puede llegar a comprometer los resultados de la cirugía y aumenta el riesgo de que se produzcan nuevos eventos cardíacos más severos en el futuro. (10)

Por otra parte, en lo referente a pacientes oncológicos, se ha determinado que la depresión "es una entidad que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer" siendo "un trastorno habitualmente infradiagnosticado y que no recibe tratamiento adecuado" . Se encontró que estos porcentajes varían en función de la zona de localización del cáncer y se pueden clasificar de la siguiente manera: Tumor cerebral, entre un 41 y 93%; Páncreas, 17%; Cabeza y Cuello, 15%; Mama, entre 4,5 y 37%; Ginecológico, 23%; Pulmón, 14%; Estómago, 20%. En España, el porcentaje de pacientes oncológicos afectados por un Trastorno Depresivo asciende al 16,49%. (7)

Por último, en lo referente a pacientes neurológicos, se ha encontrado que existen enfermedades neurológicas en las cuales la depresión ha sido descrita como entidad concomitante, es decir, que opera conjuntamente con la patología. De esta manera, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que se hallan con más frecuencia en los pacientes con un trastorno neurológico (aunque la sintomatología depresiva no pueda ser verbalizada, si puede ser observable

por medio de conductas como: apatía, hipobulia, aislamiento, hostilidad al medio o agresividad) (11), resultando de vital importancia su tratamiento puesto que se conoce que la coexistencia de sintomatología psiquiátrica con trastornos neurológicos puede producir una menor adherencia al tratamiento así como un decremento en la calidad de vida del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario conocer la prevalencia de esta patología en los distintos tipos de pacientes neurológicos. Se ha documentado entre un 20 a un 62% de pacientes con epilepsia que presentan un trastorno depresivo o de ansiedad.(12)(13) Asimismo, se han reportado hasta un 33% de pacientes con demencia(14) y hasta un 20% de los pacientes que padecen migraña que también cursan con esta patología.(15) En base a estos datos, se realizó un estudio para clasificar a pacientes según su patología neurológica en función del riesgo de padecer un trastorno depresivo o de ansiedad. Se empleó la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en su versión extendida, la cual es una escala unidimensional en la que se reflejan 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico, cuya aplicación se orienta sobre los síntomas ansiosos y depresivos que puede haber sufrido el sujeto las cuatro semanas previas a su aplicación. Las puntuaciones pueden oscilar entre los 10 y los 50 puntos y los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (de 10 a 15 puntos), moderado (de 16 a 21 puntos), alto (de 22 a 29 puntos) y muy alto (de 30 a 50 puntos). Las puntuaciones superiores a 21 puntos se consideran como punto de corte sugestivo de la presencia de un trastorno de ansiedad y/o depresión. En dicho estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: en el caso de la epilepsia, un 43,5% de los pacientes se encontraron en un rango de severidad alta y un 26,7% se encontraron en un rango moderado; en el caso de pacientes con cefaleas se observó que un 60% de estos pacientes se encontraban en un rango de severidad entre moderada y alta; en pacientes con enfermedades cerebrovasculares se halló que el 100% de los pacientes se encontraban dentro de un rango de severidad que oscila entre alta y muy alta, con un pico en la puntuación más alta, en el cual se encontraron el 57,1% de los pacientes; por último, se observó que un 43.8% de los pacientes con demencia se encontraron dentro del rango de severidad muy alta, al igual que los pacientes que sufren "otros trastornos" cuyo porcentaje se halla en el 61,9%. (8)

Como se puede apreciar, existe un elevado índice de pacientes con sintomatología depresiva o Trastorno Depresivo diagnosticado asociado a una patología física de base, pero con una prevalencia variable en función de la patología de base que presenta el paciente. Por esta razón, se hace necesario conocer más exhaustivamente este fenómeno, cuantificándolo, siguiendo su evolución, y determinando su relación con otros factores clínicos o psicosociales. Para ello se hace preciso el uso de instrumentos de medida adecuados a la población que se pretenda estudiar.

1.2.1) *Instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva.*

Son muchas las escalas diseñadas para la detección de sintomatología depresiva, entre las que destacan el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hamilton para la Depresión y la Escala de Montgomery Asberg para la Depresión.

El "BDI"o "Inventario de Depresión de Beck" es uno de los test más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Dicho instrumento es un autoinforme que consta de 21 ítems de tipo Likert, los cuales describen aquellos síntomas clínicos que se consideran los más frecuentes entre paciente psiquiátricos con Trastorno Depresivo (tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo...). Esta prueba debe ser destinada preferentemente para un uso clínico y debe ser empleada como un instrumento que permita evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y de 13 años o mayores con un diagnóstico psiquiátrico. Además, puede ser aplicado de forma individual o colectiva. Las puntuaciones pueden variar entre 0 y 63 clasificando a los evaluados en los cuatro grupos siguientes: de 0 a 13 se encuentran aquellos que presentan una mínima depresión, de 14 a 19 aquellos que presentan una depresión leve, de 20 a 28 aquellos con una depresión moderada y de 29 a 63 aquellos con una depresión grave. (16)

La HAM-D (Escala de Hamilton para la Depresión) es una escala heteroaplicada, que permite medir la intensidad de la depresión clasificándola en: ligera o menor, moderada, grave y muy grave. La versión original se encuentra constituida por 21 ítems y fue publicada en 1960 (la validación de la versión española tuvo lugar en 1986). Posteriormente, el mismo autor realizó dos versiones reducidas, una de 17 ítems (la más usada) y una de 6 ítems. Los ítems de la primera versión incluyen: ánimo depresivo, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, agitación, sentimientos de culpa, variación diurna, despersonalización y desrealización, ansiedad psíquica y somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), inhibición, hipocondría, pérdida de peso y de la capacidad de entendimiento, síntomas paranoides, obsesivos y compulsivos. La escala otorga una puntuación de gravedad de la sintomatología depresiva en base a tres factores que son: melancolía, ansiedad y sueño. Estos tres factores, a su vez, poseen puntuaciones que se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen. Por último, se han definido una serie de parámetros para poder evaluar la respuesta al tratamiento: ante una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala se considera que hay respuesta al tratamiento, ante una disminución entre el 25 y 49% se considera una respuesta parcial

y ante una reducción de menos del 25% se considera que no hay respuesta. (17)

La MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) es una escala diseñada para ser heteroaplicada. Fue publicada en 1979 (en 2002 se validaron las versiones en español). Está constituida por 10 ítems (procedentes de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale) que se encargan de evaluar los síntomas y la gravedad de la depresión.: tristeza aparente y referida, tensión interna, disminución de sueño y de apetito, laxitud, incapacidad para sentir, dificultad de concentración, pensamientos pesimistas y suicidas. La puntuación en cada ítem varía de 0 a 6 puntos y el propio clínico encargado de realizar la escala puede usar información de fuentes que no sean el propio paciente. El marco temporal de la evaluación se corresponde con la última semana o con los últimos tres días. La puntuación global de la escala proviene del sumatorio de la puntuación asignada a los ítems, pudiendo variar de 0 a 60. Aunque no existen puntos de corte definidos, se recomiendan los siguientes: no depresión, de 0 a 6 puntos; ligera/menor, de 7 a 19 puntos; moderada, de 20 a 34 puntos; grave, de 35 a 60 puntos. Por último, al igual que en la escala de Hamilton para la Depresión, se han definido una serie de parámetros para poder evaluar la respuesta al tratamiento: ante una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala se considera que hay respuesta al tratamiento, ante una disminución entre el 25 y 49% se considera una respuesta parcial y ante una reducción de menos del 25% se considera que no hay respuesta. (17)

Estos instrumentos han mostrado su utilidad en múltiples estudios en el campo de la depresión. No obstante, merece la pena señalar algunas objeciones para su uso en nuestro trabajo. La Escala de Hamilton para la Depresión se considera muy contaminada por sintomatología ansiosa y sintomatología somática, y la Montgomery incluye, también, abundantes ítems somáticos o vegetativos, lo cual dificulta su administración en pacientes con enfermedades físicas. La Escala de Depresión de Beck presenta un mayor porcentaje de ítems cognitivos, por lo que tampoco parece ser la más adecuada para su uso en nuestra muestra de pacientes neuroquirúrgicos.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (A. S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) se ajusta mejor a las características de nuestro estudio. Se trata de una escala que tradicionalmente se ha empleado de forma autoaplicada, sin embargo, uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que se utilice de forma heteroaplicada. Fue diseñada como un instrumento que permitiera detectar trastornos depresivos y de ansiedad en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos y cumple las siguientes condiciones: no estar contaminado por la sintomatología de la enfermedad física del paciente y diferenciar claramente entre trastornos de tipo depresivo y de tipo ansioso. Está constituida por 14 ítems que no hacen referencia a síntomas somáticos y se agrupan en dos subescalas de 7 ítems cada una: la subescala de ansiedad, centrada en sus manifestaciones

psíquicas (son los ítems impares); y la subescala de depresión, centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión) y compuesta por los ítems pares. El paciente debe contestar cada ítem utilizando una escala tipo Likert, que en ocasiones hace referencia a la intensidad del síntoma y en otras a la frecuencia del mismo. La escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso). El marco de referencia temporal es la semana previa. Está adaptada y validada en español. Se recomienda que se utilice como instrumento de detección o cribado. En el caso de que puntúe como positivo, la evaluación debe complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas. (18)

1.3) Apoyo social.

Como se puede apreciar, la sintomatología depresiva es recurrente en pacientes hospitalizados, existiendo un elevado índice de morbilidad. Esta sintomatología puede verse influida por ciertos factores como son las redes de apoyo social y el apoyo social percibido.

Existe una gran variedad de autores que han tratado de definir el apoyo social desde puntos de vista diferentes. Unos acentúan más el objetivo de integración social mientras que otros autores centran sus definiciones en el carácter de ayuda del apoyo social. Uniendo ambos aspectos, se puede definir al apoyo social como "aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen al individuo asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada". Por lo tanto, se puede afirmar que el apoyo social incluye dos aspectos: la conexión social y la interacción de ayuda. Por otro lado, el apoyo social posee dos dimensiones: una dimensión objetiva (que engloba aquellos aspectos más tangibles del apoyo social) y una dimensión subjetiva. La primera dimensión recogería aquellos aspectos de instrumentalización del apoyo social mientras que la segunda englobaría aquellos aspectos de expresión (afecto) del mismo. Por otro lado, el apoyo social no influye directamente sobre la salud ni sobre los estresores del individuo, más bien, el apoyo social se encarga de modular la relación entre ambos. De esta manera, el impacto de los eventos estresantes sobre la salud del individuo se ve amortiguado. Por ello, el estrés psicosocial tendrá un efecto negativo sobre la salud y el bienestar de aquellas personas que no posean redes de apoyo social, mientras que aquellas personas que sí las posean verán reducidos dichos efectos negativos. (19) Esto último hace referencia a un elemento fundamental del apoyo social, su efecto como protector de la salud mental ya que contribuye al bienestar y a la satisfacción con la vida. (20)

Por otra parte, Roca Perara M. y Riccardi Lascano A., definen el apoyo social como una serie de "recursos sociales accesibles y disponibles para una persona (son los medios externos a la persona, proporcionados por otros y que él puede o no reconocer y/o utilizar), encontrados en el

contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir de forma positiva o negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal." (21) En dicho estudio, se menciona un concepto relacionado con el apoyo social, el "apoyo social percibido", el cual es una perspectiva cualitativa-funcional del apoyo social que hace referencia a la existencia de relaciones significativas y la realización o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe. (20) Haciendo énfasis en dicha perspectiva del apoyo social, el estudio demuestra que el apoyo social percibido no puede emplearse como un buen predictor de la evolución psíquica del paciente deprimido ya que aquellos pacientes que muestran tener una evolución más lenta consideran el apoyo social percibido de forma más efectiva que aquellos pacientes que evolucionan de una forma más rápida. Sin embargo, la funcionalidad familiar si ha demostrado ser un buen predictor de dicha evolución ya que se observó una evolución más rápida en aquellos pacientes que provenían de familias funcionales, aunque estos pacientes no hayan percibido ese apoyo familiar como efectivo.(21) Apoyando lo anterior, otros estudios también defienden la funcionalidad familiar como un apoyo social efectivo. En el estudio "Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores" se afirma que la familia es uno de los recursos que más benefician al individuo ya que entregan protección y atención en los procesos físicos y mentales, sobretodo cuando la persona no posee apoyos de redes formales. (20) Por lo tanto, se podría afirmar que el apoyo social debe ser considerado como una herramienta útil a la hora de tratar al paciente depresivo si este influye de forma positiva en el paciente, que aunque no puede ser usado como predictor de dicha evolución, se puede esperar que esta sea más rápida si el paciente posee redes de apoyo que le ayuden a mitigar los efectos psicológicos negativos que conlleva un proceso patológico. Por esta razón, se hace necesario emplear herramientas que permitan medir el nivel de apoyo social percibido. Dentro de estas herramientas, el cuestionario MOS (siglas en inglés del The Medical Outcomes Study Social Support Survey) es un instrumento que mide el apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. (22) Se trata de un cuestionario breve diseñado por Sherbourne y Stewart en 1991, el cual fue auto-administrado en personas con enfermedades crónicas en Estados Unidos y ha mostrado una adecuada variabilidad de ítems. Dicho instrumento se encarga de evaluar diversos componentes como son: la red de apoyo social (variable que se encarga de evaluar el número de personas que conforman la red de apoyo social), el apoyo social emocional/informacional (se define como el soporte emocional, orientación y consejos), el apoyo instrumental (caracterizado por la conducta o material de apoyo), la interacción social positiva (caracterizada por la disponibilidad de individuos con los cuales se pueden realizar actividades que al individuo le resulten divertidas), y el apoyo

afectivo (se caracteriza por las expresiones de amor y de afecto). Tras realizar un análisis factorial, los autores de este cuestionario reportaron una matriz correlacional con ítems superpuestos entre las escalas "Apoyo afectivo" y "Apoyo informacional", lo cual condujo a una combinación de ítems en un factor que fue denominado como "Apoyo emocional/informacional". Dicho cuestionario ha sido validado en varios países:(22)

En primer lugar, en España, se realizó la prueba con una muestra de 400 pacientes ambulatorios con cáncer. Para dicha prueba se extrajeron 3 factores del análisis factorial: apoyo social/informacional, apoyo afectivo y apoyo informacional. Se concluyó que cuanto mayor es la red de apoyo social, mayor será el apoyo social percibido. Sin embargo, se observó que los hombres tenían la percepción de recibir más apoyo instrumental y emocional/informacional que las mujeres. Finalmente, mediante la investigación se concluyó que el cuestionario MOS es un instrumento válido para gran parte de la multidimensionalidad del constructo.(22)

En segundo lugar, se realizó otra validación en Argentina con una muestra de 375 pacientes. El estudio determinó al cuestionario MOS como un instrumento "válido" y "confiable" que permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Por último, se concluyó que también se puede aplicar a la hora de detectar situaciones de riesgo social.(22)

1.3.1) *Instrumentos de evaluación del apoyo social*

Como se puede apreciar, el cuestionario MOS ha sido considerado un cuestionario válido y efectivo a la hora de medir el apoyo social en su multidimensionalidad. Sin embargo, existen otros instrumentos que también permiten medir el apoyo social. La escala ASSIS (Arizona Social Support Interview Schedule) consiste en una entrevista semiestructurada que plantea 30 preguntas con la intención de identificar a los miembros que componen la red social en base a la pertenencia a las siguientes dimensiones de apoyo: sentimientos personales (relaciones con las que el individuo cuenta para compartir cualquier asunto de carácter íntimo), ayuda material (percepción de la disponibilidad para obtener elementos de carácter material), consejo (relaciones que sirven de orientación y guía al individuo), feedback o refuerzo positivo (refuerzo de ciertas conductas y actitudes por parte de los individuos que componen dicha dimensión social), acompañamiento y/o asistencia física (hace referencia al acompañamiento que recibe el sujeto en actividades cotidianas y extraordinarias) y participación social (relaciones establecidas con el fin de realizar actividades de ocio). Durante la entrevista, el sujeto debe decidir qué personas son las que le ofrecen los distintos tipos de ayuda evaluados, valorar el grado en el que ha necesitado este tipo de ayudas en el último mes y el nivel de satisfacción con el apoyo recibido en las distintas áreas. Estos indicadores de estimación cuantitativa de "necesidad" y "satisfacción" se evalúan usando una

escala del 1 al 10 donde 1 es "nada" y 10 es "mucho". Por otro lado, este instrumento permite conocer a los miembros de la red de apoyo que constituyen una fuente de estrés para el individuo. Resumiendo, este instrumento ofrece diversidad de indicadores relativos que permiten conocer el tamaño y la composición de la red social, así como el grado de necesidad de apoyo, la utilización de la red para obtenerlo y la satisfacción con el apoyo recibido. (23) (24)

1.4) Apoyo social y trastorno depresivo.

La sintomatología depresiva suele estar asociada con bajos niveles de apoyo social, y son factores de riesgo que deben ser reducidos con estrategias de afrontamiento y programas de bienestar social. Existe un efecto positivo por parte del apoyo social que influye sobre los síntomas depresivos, esto es, el apoyo social presenta un efecto saludable en la vida de los pacientes, ayudándolos a soportar las secuelas negativas de su enfermedad y llegando a mostrar una función predictora sobre dicha sintomatología.(25)

Los eventos vitales estresantes juegan un papel fundamental en la sintomatología depresiva. Estos se definen como aquellas situaciones que requieren un reajuste o cambio en las actividades de la vida diaria del individuo y por ello resultan indeseables. (26) En lo referente a la interacción entre el apoyo social, los eventos vitales estresantes y la depresión se ha constatado una acción paliativa o “efecto amortiguador“ del apoyo social en la relación entre eventos estresantes y la depresión, ya que el apoyo social modera el impacto negativo de las situaciones vitales que producen estrés. No obstante, existen personas en las que solo se ha encontrado un efecto beneficioso generalizado que no guarda relación con el nivel de estrés. Para explicar este fenómeno, se han propuesto dos hipótesis. Cohen y Wills (1985) afirman que la aparición del efecto amortiguador depende del tipo de apoyo en relación al tipo de estresor y la fuente del mismo. Cummins (1988) y Sandler y Lakey (1982) sostienen que el efecto amortiguador aparece en sujetos con locus de control interno pero no en los externos. También se han propuesto otras variables que actúan como mediadoras en esta relación como son la edad, el sexo, el estatus socioeconómico... Por otra parte, se ha constatado que pueden existir diferencias étnicas de significado en lo referente a los acontecimientos vitales y a la percepción y recepción del apoyo social, lo cual es compatible con la hipótesis de que el apoyo social favorece el ajuste sólo cuando hay relación entre el tipo de estresor, el tipo de apoyo ofrecido y la fuente del mismo. De esta manera, dicha relación puede estar determinada culturalmente. (27)

1.5) Justificación.

Tomando en consideración la revisión realizada, podemos destacar que la depresión es un trastorno mental frecuente que según la OMS "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". Tiene una prevalencia elevada y se estima que 1 de cada 5 personas llegarán a tener un trastorno de este tipo a lo largo de toda su vida. La probabilidad aumenta si existe una patología médica de base, presentándose en un 10% a un 20 % de los casos, siendo las cifras más elevadas en pacientes cardiológicos, oncológicos y neurológicos. Sin embargo, puede verse influida por determinados factores como son las redes de apoyo social, el apoyo social percibido y los eventos vitales estresantes (aquellas situaciones que requieren un reajuste o cambio en las actividades de la vida diaria del individuo y por ello resultan indeseables). Según Roca Perara M. Y Riccardi Lascano A., el apoyo social consiste en una serie de "recursos sociales accesibles y disponibles para una persona (son los medios externos a la persona, proporcionados por otros y que él puede o no reconocer y/o utilizar), encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir de forma positiva o negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal". Asimismo, el apoyo social percibido se define como una perspectiva cualitativa-funcional del apoyo social que hace referencia a la existencia de relaciones significativas y la realización o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe. Se ha constatado un efecto amortiguador del apoyo social al actuar como modulador entre los eventos vitales estresantes y la sintomatología depresiva, lo cual nos permite apreciar una asociación positiva entre el apoyo social y la sintomatología depresiva.

Debido al elevado porcentaje de pacientes hospitalizados que presentan sintomatología depresiva y teniendo en cuenta que los pacientes neuroquirúrgicos son especialmente propensos a padecer dicha sintomatología, consideramos de interés realizar un estudio con pacientes ingresados en la unidad de Neurocirugía del CHUC para determinar la incidencia de síntomas depresivo/ansiosos, conocer sus niveles de apoyo social percibido y analizar cómo se relacionan entre sí. De esta manera, se podría obtener un mayor conocimiento acerca de la posible existencia de perfiles de riesgo para la depresión en pacientes neuroquirúrgicos, lo cual permitiría mejorar la calidad de las funciones de enfermería ofreciendo una serie de cuidados acorde a sus necesidades.

2) PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

2.1) Objetivos.

- Detectar, y evaluar si procede, la sintomatología depresivo/ansiosa en pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del CHUC.
- Evaluar el apoyo social percibido en sus distintos componentes en pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del CHUC.
- Analizar la posible existencia de relación entre sintomatología depresiva, apoyo social percibido y variables clínicas y sociodemográficas de interés.

2.2) Metodología.

2.2.1) Tipo de estudio.

Se realizará un estudio cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo y analítico para conocer los niveles de sintomatología depresiva, apoyo social percibido y la relación de ambas variables con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del CHUC.

2.2.2) Muestra.

La población a estudiar estará constituida por todos los pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del CHUC por tumores cerebrales, hemorragias intracraneales, traumatismos craneoencefálicos y epilepsias, a lo largo de un periodo de 3 meses, y que cumplan con los criterios de inclusión y no estén afectados por los criterios de exclusión.

La Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario de Canarias cuenta con 13 habitaciones que dan cabida a un total de 23 pacientes. Acoge una amplia gama de patologías neurológicas que requieren, en su mayoría, algún tipo de intervención quirúrgica, y, de las cuales, las más frecuentes son las que corresponden con los cuatro grupos diagnósticos referidos en la descripción de nuestra muestra.

Criterios de inclusión:

-Pacientes ingresados por tumores cerebrales, hemorragias intracraneales, traumatismo craneoencefálico y epilepsia.

- Pacientes comprendidos entre 18 y 65 años.
- Pacientes que participen voluntariamente en el estudio, y hayan firmado el correspondiente consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica diagnosticada.
- Pacientes que tengan dificultades lingüística, o deterioro cognitivo que dificulte comprender y responder de manera correcta a los cuestionarios.

2.2.3) *Instrumentos de medida.*

Se emplearán 3 cuestionarios para obtener la información correspondiente a las variables del estudio. (Anexos 1, 2 y 3)

La información referente a variables sociodemográficas y clínicas se recogerá mediante un instrumento de elaboración propia, diseñado a este fin y que será heteroadministrado.

La sintomatología depresiva se detectará y cuantificará utilizando La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión:

Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Los ítems impares conforman la subescala de la ansiedad y los pares la de la depresión. En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta conforme a los siguientes criterios:

- 0-7: rango de normalidad.
- 8-10: caso probable.
- 11-21: caso de ansiedad o depresión.

El apoyo social percibido en sus distintos componentes se evaluará a partir de la información obtenida usando el cuestionario (The Medical Outcomes Study Social Support Survey) MOS:

El resultado viene determinado por la suma de los valores correspondientes a la casilla marcada.

- Índice global de apoyo social: Sumatorio de todas las respuestas.
- Apoyo emocional: Respuestas a las preguntas: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
- Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.
- Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas: 6, 10 y 20.

Interpretación:

	Máximo.	Medio.	Mínimo.
Índice global de apoyo social.	94	57	19
Apoyo emocional.	40	24	8
Ayuda material.	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción.	20	12	4
Apoyo afectivo.	15	9	3

2.2.4) Procedimiento.

En primer lugar se solicitará el permiso correspondiente a la institución para acceder a los pacientes hospitalizados y pedirles su colaboración.

Una vez autorizados a realizar la investigación, se contactará con el servicio de Neurocirugía del CHUC a través del supervisor/a de la planta, se explicará el propósito general de la investigación, los criterios de selección de la muestra, cuál será la metodología a emplear para la recolección de datos, y se mostrarán los cuestionarios que de forma anónima y voluntaria serán entregados a los pacientes que formen parte del estudio. Tras esclarecer los objetivos y explicar el procedimiento de la investigación, se solicitará la colaboración del personal sanitario para el acceso a las habitaciones y para conocer el momento previsto de alta.

Se contactará con los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y no estén afectados por los criterios de exclusión en el momento previo al alta hospitalaria. Se informará a cada paciente de la naturaleza y finalidad del estudio y se le solicitará firmar el consentimiento informado, antes de proceder a la administración de los cuestionarios.

2.2.5) Análisis estadístico.

El análisis estadístico del estudio se hará mediante el programa informático IBM Statistics SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 para Windows.

Para el estudio descriptivo, las variables cualitativas o categóricas se expresarán en forma de frecuencias o porcentajes, y las cuantitativas mediante medidas de centralización y dispersión (media y desviación estándar).

La relación entre variables o estudio analítico se hará aplicando el estadístico t-Student para las variables cuantitativas y la chi-cuadrado o tablas de contingencia para las variables categóricas.

2.2.6) Consideraciones éticas.

En primer lugar, el estudio se realizará una vez obtenidos los permisos correspondientes por parte del centro hospitalario

Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Finalmente, la participación en el estudio será de carácter voluntario para lo cual los participantes cumplimentarán y firmarán un consentimiento informado, en el que se les informará del objetivo de la investigación, así como de los métodos de recogida de datos y del anonimato de las encuestas. Se informará también de que los resultados de este estudio pueden ser publicados, en cuyo caso se les facilitará la información necesaria para poder acceder a dicha publicación y consultarla.

2.2.8) Cronograma.

	Del 15 al 30 de Septiembre.	Octubre.	Noviembre.	Diciembre.	Enero.	Febrero
Solicitud del permiso a la institución.	X					
Contactar con el servicio de Neurocirugía del CHUC.		X				
Contactar con pacientes y administrar cuestionario.		X	X	X		
Análisis estadístico.					X	
Elaboración de informes.						X

2.2.9) Presupuesto.

Persona encargada del estudio.	0 €
Personal encargado del análisis estadístico.	200 €
Fotocopias.	90 €
Presupuesto total.	290 €

3) Bibliografía.

- 1- López Ibor M. I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2007 May [cited 2016 Dec 14] ; 24(5): 209-211. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007005500001&lng=en
- 2-Complejo Hospitalario de Navarra. Comisión de docencia. Guia formativa de Neurocirugía. [Año 2014; consultado abril 2017] Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CD89D327-B429-4D90-A0C3-21F181162719/304849/NEUROCIRUGIACHN.pdf>
- 3- Organización Mundial de la Salud. [Sede web] [actualizado en 2017; consultado el 10 de mayo del 2017] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- 4- Organización Mundial de la Salud. [Sede web] [actualizado en 2017; consultado el 10 de mayo del 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 5- Ministerio de Salud. Guía clínica de depresión, 2006 [editado 2009; consultado marzo de 2017] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Conferencias/4495>
- 6-FredK. Berger. Depresión mayor. Medlineplus. [Página actualizada 08 marzo 2017; consultada marzo de 2017] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>
- 7-Pousa Rodríguez V.Miguel Amboage A. Hernández Blázquez M. González Torres M. Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología. 2015 vol:19 (3)pp:166-172. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0123901515000438?np=y&npKey=c06eb573fa3aa6e61c15d68e0f3529d7980eb7c325ed020cb65b35e94ff65ab4>
- 8- Ávila Gámez L, Tagles H, Flores Río de la Loza L, Ponce Serrano S, Tong Payán J. Presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes ambulatorios con patología neurológica. Salud Mental [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited March 27, 2017]; 37(5): 399-406. Available from: Academic Search Complete. <http://web.a.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/ehost/detail/detail?sid=86910d03-d90d-487b-9d27-90f6cf6f171f%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4101&bdata=Jmxhbm9ZXMmc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=109543739&db=a9h>
- 9- Pilar Guallar-Castillón, María del Mar Magariños-Losada. Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. Revista Española de Cardiología, vol. 59, issue 8 (2006). pp: 770-778. Published by Elsevier. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-depresion-factores-biomedicos-psicosociales/articulo/13091880/>
- 10-León Castro Adriana, Salazar Vargas Carlos. Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Rev. costarric. Cardiol [Internet]. 2007 Sep [cited 2017 Mar 27] ; 9 (3): 11-15. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422007000300003&lng=en.

- 11- Abreu-de la Torre C, Suárez-Monteagudo C, Araujo F. Depresión en pacientes con patología neurológica. Propuesta de esquemas terapéuticos. Rev Neurol 2001;32 (04):393-395 Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/99607>
- 12- Jackson M, Turkington D. Depression and anxiety in epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatry; 2005 [consultado año 2017]; vol 76; pag 45-147. Disponible en: http://jnnp.bmj.com/content/76/suppl_1/i45
- 13- Martínez-Pérez B, González-Goizueta E, Mauri-Llerda J. Depresión y epilepsia. Rev Neurol 2002[consultado en mayo 2017];35(6): pag 580-586. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2002018>
- 14- Lyketsos CG, López O, Jones B, Fitzpatrick AL et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: Results from the cardiovascular health study. JAMA 2002 [consultado en mayo 2017]; Vol 288(12): pag 1475-1483. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12243634>
- 15- Devlen J. Anxiety and depression in migraine. J R Soc Med. 1994 [consultado en mayo 2017]; Vol 87 (6): pag 338-341 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8046705>
- 16- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario BDI-II. [2013; consultado abril 2017] Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- 17- Lobo, Antonio; Chamorro,Lorenzo; Luque,Antonio; Dal-Ré,Rafael; Badia,Xavier; Baró,Eva. Med Clin [Internet] 2002 [consultado abril 2017]. Vol 118. Num 13. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223?referer=buscador>
- 18- M.P. García Portilla, M.T Bascarán, P.A Sáiz, M. Parellada, M. Bousoño, J. Bobes. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5ª Edición. Cibersam (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental). 2008; citado en mayo 2017.
- 19- Jorge Garcés Ferrer, Estrella Durá Ferrandis. Revista de Psicología Social,Vol. 6, Nº2,1991,págs.257-27 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- 20- Vivaldi, Flavia, & Barra, Enrique. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- 21- Roca Perara M, Riccardi Lascano A. Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. Informes Psicológicos [serial on the Internet]. (2014, July), [cited December 7, 2016]; 14(2): 81-102 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=Funcionalidad+y+efectividad+como+red+de+apoyo+social+en+pacientes+con+depresi%C3%B3n+que+est%C3%A1n+ingresados+en+el+%C3%A1rea+de+hospitalizaci%C3%B3n+de+psiquiatr%C3%ADa+del+hospital+del+IESS+Dr.+Teodoro+Maldonado+Carbo+en+la+ciudad+de+Guayaquil.&querysDismax.DOCUMENTAL_ENTIDAD=&querysDismax.DOCUMENTAL_TITULOS=&querysDismax.DOCU

=

22-Nora Helena Londoño Arredondo, Heather L. Rogers, José Filadelfo Castilla Tang, Sara L. Posada Gómez, Nohora Luz Ochoa Arizal, Miguel Ángel Jaramillo Pérez, Martha Oliveros Torres, Jorge Enrique Palacio Sañudo, Daniel Camilo Aguirre Acevedo. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, Vol. 5, N°. 1, 2012, págs. 142-150 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974642>

23- López Verdugo Isabel, Menéndez Álvarez-Dardet Susana, Lorence Lara Bárbara, Jiménez García Lucía, Hidalgo García M.^a Victoria, Sánchez Hidalgo José. Evaluation of social support by means of the Scale ASSIS: description and results in a sample of mothers in situation of psychosocial risk. Psychosocial Intervention [Internet]. 2007 [cited 2017 19]; 16(3): 323-337. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300003&lng=en

24- Dr. Juan Carlos Martín Quintana. Dra. Susana Menéndez Álvarez-Dardet. Instrumentos para la evaluación del contexto familiar. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ParentalidadPos2014/docs2014/InstrumentosEvaluacion_2.pdf

25-Costa D, Sá MJ, Calheiros JM. Efecto del apoyo social en los síntomas depresivos de pacientes portugueses con esclerosis múltiple. Rev Neurol 2011;53 (08):457-462 Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2011161>

26- Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. Fernando Chacón Fuertes, Ana Barrón López de Roda. Revista de Psicología Social, ISSN 0213-4748, ISSN-e 1579-3680, Vol. 7, N° 1, 1992, págs. 53-59 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=111766>

27- El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. Manuel García Ramírez, Isidro Maya Jariego, Manuel Francisco Martínez García Psychosocial, ISSN 0214-9915, Vol. 13, N°. 4, 2001, págs. 605-610. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2007050>

4) Anexos.

Anexo 1.

•Cuestionario de elaboración propia:

1.Edad:
2.Sexo. a) Hombre. b) Mujer.
3.Estado Civil. a) Soltero/a b) Casado/a o convivencia con pareja estable c) Divorciado/a d) Viudo/a
4.Nivel de estudios. a) Educación Primaria. b) Educación Secundaria Obligatoria. c) Formación Profesional de grado superior. d) Estudios universitarios. e) Ninguno.
5.Hijos. a) 1 b) Más de 1 c) Ninguno.
6.Situación laborar. a) Estudiante. b) Activo laboralmente. c) Inactivo laboralmente. d) Incapacidad laboral transitoria. e) Incapacidad laboral permanente.
7. Motivo de ingreso. a) Tumor cerebral. b) Hemorragia intracraneal. c) Traumatismo craneoencefálico. d) Epilépsia.
8.Ingresos previos. a) Mismo problema de salud. b) Distinto problema de salud. c) No

Anexo 2.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión:

A1. Me siento tenso/a o nervioso/a 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.
D1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre. 0. Ciertamente, igual que antes. 1. No tanto como antes. 2. Solamente un poco. 3. Ya no disfruto con nada.
A2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder. 3. Sí, y muy intenso. 2. Sí, pero no muy intenso. 1. Sí, pero no me preocupa. 0. No siento nada de eso.
D2. Soy capaz de reirme y de ver el lado gracioso de las cosas. 0. Igual que siempre. 1. Actualmente, algo menos. 2. Actualmente, mucho menos. 3. Actualmente, en absoluto.
A3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones. 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.
D3. Me siento alegre. 3. Nunca. 2. Muy pocas veces. 1. En algunas ocasiones. 0. Gran parte del día.
A4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a. 0. Siempre. 1. A menudo. 2. Raras veces. 3. Nunca.
D4. Me siento lento/a y torpe. 3. Gran parte del día. 2. A menudo. 1. A veces. 0. Nunca.

<p>A5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago.</p> <p>0. Nunca.</p> <p>1. Sólo en algunas ocasiones.</p> <p>2. A menudo.</p> <p>3. Muy a menudo.</p>
<p>D5. He perdido el interés por mi aspecto personal.</p> <p>3. Completamente.</p> <p>2. No me cuido como debería hacerlo.</p> <p>1. Es posible que no me cuide como debiera.</p> <p>0. Me cuido como siempre lo he hecho.</p>
<p>A6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.</p> <p>3. Realmente mucho.</p> <p>2. Bastante.</p> <p>1. No mucho.</p> <p>0. En absoluto</p>
<p>D6. Espero las cosas con ilusión.</p> <p>0. Como siempre.</p> <p>1. Algo menos que antes.</p> <p>2. Mucho menos que antes.</p> <p>3. En absoluto.</p>
<p>A7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor.</p> <p>3. Muy a menudo.</p> <p>2. Con cierta frecuencia.</p> <p>1. Raramente.</p> <p>0. Nunca.</p>
<p>D7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión.</p> <p>0. A menudo</p> <p>1. Algunas veces.</p> <p>2. Pocas veces.</p> <p>3. Casi nunca.</p>

Anexo 3.

•Cuestionario MOS (The Medical Outcomes Study Social Support Survey):

Las siguientes preguntas hacen referencia al apoyo o ayuda que usted dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene? (Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos):

¿Con qué frecuencia dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

Cuestiones: ¿Cuenta con alguien que..?	Nunca.	Pocas veces.	Algunas veces.	La mayoría de las veces.	Siempre .
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar.	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación.	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quien hablar de su situación.	1	2	3	4	5
10. Que lo abrace.	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5

14. Con quien hacer cosas para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguién con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. A quien amar y sentirse querido.	1	2	3	4	5

Anexo 4.

A: Gerencia del CHUC

Josué Martín Armas con DNI 45853133B, solicita permiso a fin de realizar el trabajo de investigación “Sintomatología depresiva y apoyo social en una muestra de pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.”, bajo la supervisión de Lourdes Fernández López, profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado en Enfermería.

El objetivo de este trabajo es detectar y cuantificar sintomatología depresiva en pacientes ingresados en la Unidad de Neurocirugía del CHUC, evaluar el apoyo social percibido en sus distintos componentes, analizar la posible existencia de relación entre sintomatología depresiva, apoyo social percibido y variables clínicas y socio-demográficas de interés. Para obtener la información se deberá entrevistar a los pacientes que ingresen en el Servicio de Neurocirugía a lo largo de 3 meses y que cumplan con los criterios de inclusión que se exponen a continuación: pacientes ingresados por tumores cerebrales, hemorragias intracraneales, traumatismo craneoencefálico y epilepsia, pacientes comprendidos entre 18 y 65 años, que participen voluntariamente en el estudio, y hayan firmado el correspondiente consentimiento informado. Asimismo, estos pacientes no se verán afectados por los criterios de exclusión: pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica diagnosticada, pacientes que tengan dificultades lingüística, o deterioro cognitivo que dificulte comprender y responder de manera correcta a los cuestionarios. Dichos cuestionarios, de los cuales se adjunta copia, serán 3: un cuestionario de elaboración propia, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el cuestionario MOS (Medical Outcomes Study Social Support Survey). Se garantiza la voluntariedad y anonimato de la participación.

Para una información más detallada puede contactar conmigo en el correo electrónico: alu0100829792@ull.edu.es

Sin más, agradezco de antemano su colaboración y quedo a la espera de su respuesta.

Firma:

Anexo 5.

Consentimiento informado.

Fecha _____.

Yo _____, con documento de identidad _____, certifico que he sido informado/a con la claridad y veracidad debida respecto a la investigación a la que he sido invitado/a a participar por Josué Martín Armas; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador/a, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy concededor/a de la autonomía que poseo para retirarme cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna. Actúa asumiendo que se respetará la buena fe, la confiabilidad y anonimato de la información por mi suministrada.

Encargado de la investigación:

Nombre: _____

Documento de Identidad: _____

Firma:

Paciente:

Nombre: _____

Documento de Identidad:

Firma: