

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTE DEL ESTUDIO

En lo que respecta a la investigación psicológica de los niveles de depresión y soporte social del enfermo con tuberculosis pulmonar frotis positivo no se encuentran a la fecha investigaciones, existiendo en nuestro medio estudios descriptivos que señalan rasgos de personalidad evaluados a través de test psicológicos de tipo psicométrico y proyectivo, o niveles de depresión. La mayoría de los estudios se han realizado en ambientes hospitalarios con enfermos crónicos y son pocas las investigaciones realizadas en enfermos ambulatorios de establecimientos de salud periféricos.

Entre las investigaciones revisadas consideramos a:

Acevedo (1954) señala que la tuberculosis acentúa los conflictos emocionales que ya existen previamente en las personas antes de la enfermedad tuberculosa, consideraba por lo tanto que la personalidad previa del enfermo incrementa los trastornos emocionales que éste sufría al enfermar de tuberculosis.

Gutierrez (1966) menciona que los enfermos con tuberculosis crónica sometidos a prolongadas hospitalizaciones recelan de los efectos que produce la enfermedad y lo que más los angustia es la larga evolución clínica y la necesidad

de permanecer años en reposo obligatorio, obligándolo a limitaciones en su vida futura, frustrando sus ideas de vida y salud. Presentan reacciones psíquicas patológicas caracterizados por la depresión, sentimientos de tristeza y culpa, intranquilidad, reacciones coléricas, disturbios del sueño, etc.

Vilcapoma (1972) sugiere que los adultos tuberculosos se desenvuelven cotidianamente en un ambiente de temor, ansiedad, angustia y dificultades en sus relaciones interpersonales. Que en un marco general de personalidad esquizoide; son las pacientes del sexo femenino las que se presentan como más sensibles, introvertidas, tímidas e inseguras; pero al mismo tiempo son algo más bondadosas y sentimentales. Igualmente refiere que los enfermos con tuberculosis muestran un cuadro psicopatológico potencial producto de la enfermedad que puede no llegar a desarrollarse.

Blondet (1974) realizó su investigación en el Hospital Hipolito Unanue con 50 enfermos tuberculosos hospitalizados y 62 pacientes ambulatorios concluye: que los hospitalizados son más extrovertidos que los ambulatorios, y estos últimos presentan mayor neuroticismo que los primeros.

Vilcapoma (1976) obtuvo el perfil de personalidad en enfermos tuberculosos hospitalizados utilizando el MMPI en 147 pacientes: 34 del sexo masculino, 113 mujeres, de 20 a 30 años. Se incide más en la escala Depresión. Los resultados muestran enfermos tuberculosos con cuadros depresivos, con manifestaciones de insatisfacción, miedo y preocupación excesiva.

Accinelli y León Barua (1981) encontraron relación entre tuberculosis pulmonar y depresión en 42 pacientes tuberculosos y 42 pacientes controles de

diversas enfermedades físicas. Se utilizó el Sympton Checklist-90 que es una lista de registro de síntomas y que comprende 7 dimensiones: ansiedad, cólera, somatización, depresión, obsesión-compulsión, hostilidad, y escalas adicionales (alteración del apetito y sueño), pensamiento de muerte y sentimientos de culpa. Sus resultados muestran que los enfermos con tuberculosis pulmonar tienen niveles de significancia más alta en las dimensiones de ansiedad, somatización, escalas adicionales, depresión y obsesión-compulsión, que en los pacientes del grupo control.

Se concluye que los pacientes con tuberculosis pulmonar tienen mayor tendencia a manifestar una depresión que los portadores de otras enfermedades, manifestando un incremento en su anorexia o bulimia; así como abandonar el tratamiento médico.

Matos T, María (1985) aplicó la escala de autoreportaje de depresión de Zung modificado a 200 enfermos con tuberculosis pulmonar ambulatorios del Hospital Hipólito Unanue, habiendo encontrado respuestas depresivas en ellos. El 55% corresponden al sexo masculino presentando niveles de depresión leve a intensa, mostrando un mayor número en el nivel de depresión leve en lo que respecta al sexo femenino 45%.

Figeroa Alvarado, M. (1990) realiza un estudio prospectivo y transversal de tipo encuesta en el Hospital Nacional 2 de Mayo de Lima usando el Inventario de depresión de Beck en 224 enfermos: 114 varones y 110 mujeres, de 18 a 65 años de edad, que sean alfabetos; encontrando un 64.7% de los enfermos con síntomas de depresión leve, y 49.6% con depresión moderada, existiendo diferencias estadísticamente significativas en los varones nacidos en provincia y los de baja escolaridad, ambos a $p < 0.001$. Se concluye que la prevalencia de síntomas depresivos es alta en los enfermos que acuden a los consultorios de

medicina y que pueden existir algunas características que sugieren una mayor predisposición.

Valencia Torres, A. (1995) estudio a 100 pacientes; 50 varones y 50 mujeres hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a quienes evaluó utilizando el DSM IV, en base a la historia clínica psiquiátrica y las Escalas de Hamiltón para la depresión y Zung para la ansiedad. Se encontró que del 82% de los pacientes el 56% tenían ansiedad, y 41% depresión siendo la mayor incidencia de depresión en el grupo de los varones, y la ansiedad para las mujeres; se llegó a concluir que la ansiedad y depresión son muy significativas en la tuberculosis.

Iwashita Nishida, A. (1998) realizó un estudio en la Sub región de salud norte con 200 hombres y 100 mujeres en las categorías: nuevos, retratamiento, recaída, abandono, para determinar la influencia de las variables psicosociales en el enfermo con tuberculosis, identificando niveles de significancia entre las variables psicológicas de autoconcepto, interacción familiar y depresión. Los pacientes con TBC pulmonar presentan: depresión moderada en un (44.7%), seguida de intensa a severa por el (28.6%) y leve por el (26.7%). En la relación de niveles de depresión y categoría de pacientes, existió una asociación significativa ($p < 0,05$); $X = 114,29$; $g.l. = 6$), en donde el mayor porcentaje de depresión intensa o severa (54.6%) se registro en abandonos, seguido por los retratamientos y recaídas con depresión moderada (32.1% y 23.1%) y con depresión leve aquellos que recién iniciaron el tratamiento médico de la tuberculosis (70%); es decir los pacientes abandonadores fueron más depresivos que los retratamientos y recaídas.

Zárate Cáceres, H. (1999) realizó un estudio prospectivo longitudinal de cohorte único, en el cual se incluyeron 175 pacientes con diagnóstico de

tuberculosis pulmonar pertenecientes a los Centros de salud del cono norte de Lima. Se encontró que el 28.5% abandono el tratamiento y 71.5% no abandonaron, respecto a la distribución de variables psicológicas se halló depresión moderada (42.3%), el autoconcepto bajo (46.5%) y la satisfacción familiar media (48%) en estos enfermos.

Concluyendo en que los puntajes elevados de síntomas depresivos, puntajes bajos de autoconcepto satisfacción familiar y la condición previa al tratamiento se asocia significativamente al abandono del tratamiento antituberculoso y constituyen factores de riesgo para abandonar el tratamiento antituberculoso. De éstos, los factores más importantes son la sintomatología depresiva moderada-severa y el abandono previo.

En lo referente al *Soporte Social* tenemos las siguientes investigaciones:

Alvarado, C. (1985) la finalidad de su investigación fue la de comprobar si existía relación entre el desorden de adaptación y un sistema de soporte social deficiente y si hay relación directa entre un pronóstico favorable de recuperación del desorden de adaptación y su adecuado soporte social.

El estudio se realizó en el servicio de consulta externa de adultos del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-H. Noguchi, se trabajó con 32 casos diagnosticados bajo los criterios de la DSM-3 como desordenes de adaptación con un seguimiento de 12 semanas cuantificándose tanto el soporte social como la intensidad de la sintomatología del desorden mediante la aplicación del inventario de red de soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak, así como el SRL 9OR Derogatis respectivamente. Los resultados comprueban ambas hipótesis, pero se les da a los mismos un carácter de primera aproximación al problema.

Busse, U. (1989) Estudio el autoestima en adolescentes urbano marginales y su relación con el soporte social brindado por padres y pares, trabajó con 50 adolescentes, 25 varones y 25 mujeres, entre los 15 y 18 años, utilizó el Soporte social Network Questionary y el inventario de autoestima de Copertsmith forma C, como instrumento de evaluación, comprobó que la mayor presencia de pares como recurso en la función de socialización se encuentra estrechamente vinculada con un mayor nivel de autoestima y por el contrario una mayor presencia de padres en esta función se relacionaba con un nivel de autoestima menor. Las funciones del soporte social no se relacionaban significativamente con los niveles de autoestima.

Zanólo, B. y Gómez, R.. (1992) En una muestra con 141 estudiantes universitarios de psicología, de dos universidades limeñas, 47 varones y 94 mujeres obtuvieron la confiabilidad de la escala de Soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak, aplicando el coeficiente alfa de combrach en la totalidad de la muestra obteniéndose un alfa=0.89 K, el cual es bastante significativo, que indica que los reactivos de la escala están diseñados de tal forma que miden la misma característica. Además realizaron la Baremación del instrumento.

En base a los resultados se puede apreciar que en la población universitaria no se encuentran diferencias con respecto al soporte social en relación al tipo de universidad y sexo. El alto coeficiente de confiabilidad indica que la escala puede ser empleada en el area clínica como instrumento de diagnóstico y pronóstico del paciente.

Gómez, R. (1994) Encontró que la estructura del cambio en el proceso de psicoterapia tiene relación importante con el soporte social, él dice: “el soporte social, su consolidación a través del aumento en cantidad y calidad de las

relaciones interpersonales se muestran sensibles en su vínculo con los problemas personales y su recuperación”.

García, A. (1995) investigó sobre el autoestima y el soporte social en un grupo de trabajadoras sexuales del Callao atendidos en los Servicios de Psicología del Centro Antivenereo del Callao, en las edades de 18 a 45 años, encontrando los siguientes resultados: Las trabajadoras sexuales expresan niveles de baja autoestima que incapacitan otras funciones psicológicas: como la toma de decisiones, riesgos, depresión, etc. Las trabajadoras sexuales manifiestan bajos niveles de soporte social.

Los niveles de soporte social en las trabajadoras sexuales manifiestan diferencias significativas según las variables de edad, estado civil, edad de la 1ra. Relación sexual y lugar de trabajo. Los niveles de autoestima y soporte social mantienen una correlación positiva moderada.

Alvarado Muñoz, R. (1992) En Chile realizó un estudio comparativo de 3 dimensiones psicosociales (eventos vitales, soporte social y percepción central), entre un grupo de 40 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo y/o ansiedad y/o somatoforme con un grupo equivalente de control. El grupo clínico presentó diferencias estadísticamente significativas del grupo control con mayor puntaje en la escala de eventos vitales, puntaje menor en el soporte social y tendencia en la percepción de control interpersonal hacia la externalidad. Al analizar las relaciones entre las diferentes variables psicosociales se aprecia que los eventos vitales son independientes de las otras dos y que el soporte social y la percepción de control se hallan asociadas entre sí.

2. BASES TEÓRICAS

2.1 .Tuberculosis Pulmonar

Para conocer la etiología, anatomía, epidemiología y descripción de la tuberculosis pulmonar se utilizará el Tratado de Medicina Interna de Wyngaarden y Smith (1988) Al definir la tuberculosis pulmonar debemos referirnos a la historia del agente causal y esto ocurrió hace más de 115 años, cuando Koch descubrió en 1882 el bacilo causante de la tuberculosis, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa crónica causada por microbacterias del “complejo de la tuberculosis” sobre todo *Mycobacterium tuberculosis*.

Etiología

El microorganismo que causa la tuberculosis pertenece al género *Mycobacteriaceae* del orden *Actinomycetales*. El *M. Tuberculosis* es un parásito intracelular obligado que comparte con otras microbacterias una calidad de tinción características. El término popular de bacilos resistentes al ácido se basa en esta calidad. Dicha resistencia es consecuencia de la retención de *Carbolfucsina* (a ciertos colorantes fluorocrómicos) después de lavar con ácido, alcohol o ambos.

Epidemiología

La infección suele transmitirse de una persona a otra por la inhalación de gotitas Infecciosas que se producen por la forma de aereosoles de secreciones respiratorias. El origen del material infeccioso es por lo regular, un adulto con tuberculosis pulmonar cavitaria. Los factores más importantes que determinan el contagio son las concentraciones de microbios en esputo, la cercanía y duración del contacto con el caso de inicio.

Otros factores importantes son: la frecuencia de tos, hábitos personales del enfermo, la eficacia con que se producen los aereosoles por actividad (canto,

hablar en voz alta y reír), la circulación del aire y la ventilación de la zona de contacto. Una situación favorable a la adquisición de la enfermedad sería por ejemplo: una casa llena de personas y mal ventilada donde habitan varios niños de corta edad y un adulto con esputo muy positivo (BK + con más de una cruz).

La tuberculosis puede afectar a cualquier aparato o sistema, pero el pulmón es el sitio más ordinario de la lesión primaria y el principal órgano afectado, así tenemos:

a. Tuberculosis Primaria

Es la enfermedad en una persona que ha sido infectada con una microbacteria Virulenta del complejo de la tuberculosis. Esta definición excluye a las personas que se han vacunado con BCG o que han sufrido infección por otras Microbacterias, es frecuente tanto en niños como en adultos de todas las edades. La mayor parte de las infecciones primarias son sub clínicas y no se descubren por procedimiento radiográficos comunes. Sin embargo, puede comprobarse con una conversión de la prueba dérmica a la tuberculina.

Cuando va acompañada por síntomas, datos radiográficos o ambos casos, la enfermedad se llama tuberculosis primaria manifiesta. En la enfermedad primaria progresiva, las lesiones aumentan de tamaño y sufren necrosis Caseosa, se licúan y forman cavidades.

b. Tuberculosis de Reactivación

Se refiere a la enfermedad en adultos, suele deberse a reactivación de focos inactivos en las porciones posteriores de los lóbulos superiores, que fueron sembrados a partir de torrente sanguíneo durante la infección primaria temprana.

En ocasiones la enfermedad del adulto es consecuencia de un nuevo inóculo de bacilos tuberculosos, es una persona ya sensibilizada por infección previa. Este trastorno se conoce como reinfección exógena la que se caracteriza por un curso crónico, caseificación del material caseoso hecho líquido, formación de cavidades y aparición simultánea de curación y progresión en zonas diferentes del pulmón.

El inicio de la enfermedad puede ser insidioso, hemoptoico, agudo o catarral por la presencia de tos cada vez más productiva y estrias sanguíneas ocasionales en el esputo. En el primer caso hay aparición gradual de fatiga, anorexia, pérdida del peso y otras molestias vagas, después aparece fiebre intermitente.

2.1.1. Tuberculosis y Factores Sociales

Algunas investigaciones efectuadas en nuestro medio sobre la tuberculosis pulmonar y factores sociales indican según:

Matos T, M. (1985) que la tuberculosis se manifiesta rápidamente en grupos de jóvenes, siendo considerada como la segunda causa de muerte entre los grupos de edad de 15 a 44 años de edad y en algunos lugares como la primera causa con cifras absolutas. Esto, sumado a la condición de abandono al tratamiento, manifiesta la aparición de resistencias secundarias a las drogas usadas en los programas de salud, adquiriendo entonces gravedad en poblaciones de escasos recursos económicos.

Si bien es cierto que la tuberculosis se presenta en todo el país, esta adquiere una condición de mayor riesgo en el grupo de migrantes provenientes de zonas rurales de la sierra hacia la selva, o hacia áreas urbano marginales de la costa.

Mamani (1995) realizó un trabajo en el distrito de Quillabamba - Arequipa en una muestra de 64 sintomáticos respiratorios de 1 a más años de edad; siendo el objetivo determinar cuál de los factores: económicos, social, cultural e inmunológico condicionan la tuberculosis pulmonar.

Se encontró que de los 64 sintomáticos respiratorios, 2 niños de 5 a 6 años, estuvieron infectados con tuberculosis pulmonar lo que representó el 3.1%, resultando factibles en un 6.3% y 3 representan el 4.7% del total de los sintomáticos respiratorios examinados.

En conclusión, que el número de personas, dormitorios, camas por dormitorio, las condiciones de vida, el saneamiento básico, iluminación y ventilación, nivel de conocimientos, ocupación, número de personas, el ingreso económico mensual familiar y el grado de instrucción ofrecen diferencias significativas en la presencia de la tuberculosis pulmonar de sintomáticos respiratorios.

Medina (1995) realizó un estudio en el Hospital de Apoyo Camán en la provincia y distrito de Camán, Arequipa. Su población estuvo constituida por 106 individuos dispuestos en 2 grupos: uno de ellos corresponde a casos y el otro grupo de control, sin límite de edad y sexo. Siendo el objetivo determinar cuáles de los factores de riesgo: social, económico, cultural, nutricional e inmunológico determinan la presencia de la tuberculosis en Camán.

Se encontró que 96.2% presentaban tuberculosis pulmonar, y con baciloscopia positiva un 79.2%, concluyendo que todos los factores de riesgo estudiados, tienen una alta incidencia en la enfermedad de tuberculosis en esta zona del país.

Iwashita Nishida, A. (1998) realizó un estudio en enfermos con tuberculosis en el cono norte de Lima Metropolitana, hallando que los enfermos crónicos reincidentes, provienen de un medio de extrema pobreza, caracterizados por un bajo ingreso económico, conflictos familiares, bajo autoconcepto y depresión en grados patológicos. Confirmando la relación altamente significativa y negativa con interacción familiar ($r = -0.63$ y 0.60 ; $p < 0,001$).

Algunas investigaciones realizadas en otros países del mundo sobre la tuberculosis pulmonar y los factores sociales nos indican según:

Ferrel (1993) realizó un estudio de la incidencia de la tuberculosis pulmonar en Bolivia considerada como un grave problema de salud pública, su efecto en todos los grupos etáreos, con especial énfasis a la población económicamente activa, encontrándose en 1991 que de cada 100,000 habitantes, 121 tenían tuberculosis pulmonar confirmada, siendo esta cifra la más elevada de centro y latinoamérica.

Murzi (1996) menciona su experiencia en la lucha antituberculosa en Venezuela, en el estado de Techira en Caracas, encontrándose que existen suficientes evidencias de que la tuberculosis está recrudeciendo en el mundo debido a la superpoblación, la creciente pobreza, el descuido de la lucha antituberculosa, y la falsa sensación de seguridad creada por los medicamentos específicos.

Wilkins, K. (1996) determina factores de riesgo para contraer la tuberculosis, encontrando que en Canadá en 1994 un total de 2074 personas fueron diagnosticadas con tuberculosis, lo que equivale a 7.1 casos por 100,000

habitantes. En el mismo año, una persona de cada 1,400 murió por causas de la tuberculosis y en todos los casos los factores comunes fueron la inmigración; que da lugar a que las familias vivan en condiciones precarias portando la enfermedad desde su país de origen, el hacinamiento de la vivienda y la exposición al contagio dentro del hogar.

Connolly, M. y Nunn, P. (1996) en Génova Italia encontraron que la tuberculosis es la que origina infecciones causantes de la muerte en mujeres de todo el mundo, amenazando la seguridad de la salud de las mismas por el incremento en el riesgo y el progreso de este mal durante la fase reproductiva. Los autores encontraron que el miedo y el estigma asociado a la tuberculosis tiene un mayor impacto en las mujeres que en los hombres, además ellas dejan frecuentemente posiciones económicas y sociales y luego viven precariamente.

Lima, Belluomini, Almeida y Arantes (1997) manifiestan que Brasil se encuentra en el agravamiento de la endemia tuberculosa, solicitando una reformulación de los programas antituberculosos, así mismo las causas son: la migración, la pobreza, la disminución de recursos para los programas de control y la asociación de esta enfermedad al SIDA.

Sánchez-Pérez H. y Halperin-Frich, D. (1998) analizaron las experiencias recientes con la tuberculosis; con el fin de determinar el control de la tuberculosis pulmonar en la Región de Chiapas-México. Encontraron que una población en riesgo es aquella cuyos centros de salud no cuentan con adecuada infraestructura sanitaria y al existir pobreza su gente indigente tiene menos acceso a contar con un servicio de salud privado.

Ait Klaled, N. Enarson, D. y Billo, N. (1998) según un informe de la OMS describen la tendencia epidemiológica de la tuberculosis pulmonar durante los próximos 10 años a partir de 1990 hasta el milenio, determinando que 88 millones de personas podrían ser nuevos casos de tuberculosis y que 30 millones de personas podrían morir a causa de esta enfermedad, a consecuencia directa de un inadecuado tratamiento ocasionado por la presencia de múltiples resistencias a la Isoniazida y Rifampicina, además de considerar que la tuberculosis recrudece en ciudades en desarrollo empeorando a causa de la pobreza y el sobrepoblamiento en las viviendas marginadas.

2.1.2. Tuberculosis e Interacción Familiar

En cada familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros experimentan alarma, puesto que la enfermedad amenaza la integridad familiar, a todo esto se suma el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad, desencadenando determinadas actitudes hostiles y ciertos tipos de conductas que amenazan los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia.

Siendo la tuberculosis pulmonar una enfermedad que tiene mayor incidencia en países en desarrollo, su investigación ha empezado a ser considerada en países industrializados, a partir de 1994, como Estados Unidos, Canadá, Francia, etc., y depende no sólo de que existe el báculo de Koch en las personas infectadas, sino que las investigaciones coinciden en que existen una serie de factores complementarios que predisponen su aparición.

El estudio de esta enfermedad en relación exclusiva con aspectos de la interacción familiar del paciente con tuberculosis pulmonar, ha sido efectuada por ejemplo en República Dominicana por los autores: Luna, A.; Díaz, V.; Suero, A;

y Rondon, H. (1985) al estudiar las variables: desnutrición y la tuberculosis en niños, correlacionándolos con la familia.

Estos autores estudiaron 50 niños internados en el Hospital Robert Reid Cabral con el diagnóstico de tuberculosis y desnutridos. Se encuentra que esta patología es más frecuente en lactantes y en los desnutridos de grado III, llegándose a detectar que el foco infeccioso en un 30% provenía de sus propios padres, por la interacción frecuente con ellos y la falta de educación sanitaria.

2.2. Depresión

La depresión es una perturbación compleja. Es un síndrome con diferentes matices sintomáticos promovido por múltiples causas que afectan al sujeto tanto por el alto sufrimiento psíquico que le produce como por sus secuelas personales y sociales. El término depresión ha sido erróneamente utilizado para describir, en forma indistinta, tanto un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, como un estado de ánimo pasajero y estable, un síntoma o una estructura psicopatológica ya que va mucho más allá de esto.

La Organización Mundial de la Salud (2000) considera a la depresión como un mal endémico y potencialmente letal, lidera las causas de discapacidades en el mundo impactando sobre el paciente, su familia y su entorno social. Es padecida por más de 50 millones de personas, la tasa de prevalencia es de 3 a 6% de la población en general, el riesgo de morbilidad, la posibilidad de enfermar durante su vida, es del 20%, lo que implica que de cada cinco personas que nace una padecerá depresión al menos una vez en su vida y de éstas, el 70% de los casos tendrá más de un episodio. La edad de aparición del primer episodio es cada vez más temprana y el comienzo precoz incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad.

Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. Torres Uría Margarita Ruth.

Tesis UNMSM

Las estadísticas demuestran también que ha sido severamente subestimada en el mundo, un problema que se prolongó hasta hoy y se predice que empeorará en el futuro. Otra realidad preocupante es que a menudo la depresión se subdiagnostica y se trata de manera inadecuada, un hecho grave si se considera que es una enfermedad con tendencia a la cronicidad o a la recurrencia, con una tasa de recaída que alcanza al 80% de los enfermos.

Historia de la Depresión

Etimológicamente, depresión viene del latín *depressio*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud.

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, quien acuñó el término melancolía (*melanos*: negra-*cholus*: bilis) por considerar el exceso de bilis negra en el cerebro como la etimología de esta enfermedad. A partir de ésta, las teorías sobre el origen de la depresión han ido variando de acuerdo a cada época. Así se encuentra presente a lo largo de la historia, en todas las culturas y es factible hallar enunciadas distintas etiologías y diferentes formas de resolución de ésta en la literatura de cada época.

Areteo de Capadocia, en el siglo II de la era cristiana, desecha la etiología hipocrática y atribuye, en cambio, la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales.

Luego, en la Edad Media y el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuido a la posesión demoníaca, el castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores, entre otras.

Lo hereditario y lo temperamental en la etiología de la depresión también fue tomada en cuenta por Robert Burton, en su Anatomía de la melancolía (1621), cuando refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos.

Kraepelin, hacia fines del 1800, establece un sistema nosográfico con el que va a integrar, en forma organizada y sistemática, el caos reinante en psiquiatría. Así diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la

parafrenia y la psicosis maníaco depresiva. A estas afecciones les atribuye una causa orgánica, aún no demostrable, un curso característico y un desenlace previsible. Posteriormente aparece el cuño de “endógena”, que se gesta en si misma, que no reconoce desencadenantes ni precipitantes en su génesis o mantenimiento. En forma relativamente simultánea, Abraham y Freud, a principios del siglo XX, comienzan a esbozar sus hipótesis psicodinámicas, postulando que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro.

Desde estos postulados psicodinámicos, pasará un largo tiempo hasta la década de 1960 en que se enuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, según la cual la depresión está provocada por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Esta hipótesis, basada en hechos clínicos y experimentales, tuvo un gran arraigo en la ciencia médica e impulsó el uso de psicofármacos antidepresivos ya que éstos, a través de diferentes mecanismos de acción, promovían un aumento de la concentración de estos neurotransmisores en la biofase. Las consecuencias fueron buenas, ya que alrededor del 70% de enfermos mejoraron, pero también se sobresimplificó la etiopatogenia de tan complejo hecho de creer que con una mayor concentración de neurotransmisores se arreglaba el asunto. Investigaciones posteriores mostraron la insuficiencia de esta hipótesis, además el 30% de enfermos que no respondía estimuló la búsqueda de nuevas hipótesis y recursos terapéuticos más eficaces y con menores efectos secundarios.

Modelos más actuales que estudian la depresión, como el de diátesis-estrés de Nemeroff y Plotsky integran factores: ambientales, genéticos y constitucionales, eventos adversos tempranos y actuales y las repercusiones a nivel del sistema nervioso central, que promueven un sistema CRF y

noradrenérgico hiperactivo que responde en formas exageradas al estrés y torna vulnerables a los sujetos a los trastornos de ansiedad y depresión. Una limitación a este modelo es que no todo paciente con depresión tiene antecedentes familiares ni padeció maltrato infantil. De estos modelos se deducen recursos terapéuticos que aúnan medidas tendientes a resolver las bases biológicas, psicológicas y vinculares del cuadro con un importante aumento de la remisión.

Cuadro clínico

Tesiny (1980) después de largas investigaciones concluye que el enfermo con depresión clínicamente se ve afectado en cuatro áreas de su funcionamiento:

- Afectiva: manifestación de pena y tristeza, mucho más duradera y penetrante. En algunos pacientes irritabilidad y pérdida de interés pueden ser los efectos predominantes.
- Cognitiva: manifestaciones de menosprecio hacia sí mismo. La persona piensa que es indeseable e inútil a su defecto y el se subestima y autocrítica por ellos.
- Motivacional: por un desempeño generalmente decreciente y desinterés por las actividades.
- Somáticas: caracterizadas por la fatiga, trastornos del apetito y sueño (insomnio e hipersomnia), pérdida de peso, de energía y la libido, cefalea y dolor de espalda.

2.2.1. El Modelo Cognitivo de la Depresión

Tiene como antecedentes teóricos la Terapia cognoscitiva que se basa en el modelo psicopatológico que combina conceptos de la psicología cognoscitiva,

social, las teorías del procesamiento de la información y psicoanalítica. Sus principios y procedimientos derivan de elementos teóricos y empíricos. Una de las premisas fundamentales sostiene que las personas se sienten y actúan de acuerdo con la forma en que interpretan sus experiencias. Cualquier prejuicio en el procesamiento de la información afecta las cogniciones.

Algunos cuadros psiquiátricos específicos se acompañan de errores que resultan del deterioro de la función correctora de los procesos cognoscitivos superiores y contribuyen a él, por ejemplo los enfermos deprimidos se ven a sí mismos, sus experiencias y su futuro, como negativos.

Es así que de la terapia cognoscitiva proviene de los enfoque fenomenológicos de la psicología, el cual señala que la visión que tienen las personas de sí mismas y de su mundo determina su conducta, ésta deriva de los estoicos griegos. El énfasis filosófico en la experiencia subjetiva consciente nace en los trabajos de Emmanuel Kant, Martín Heidegger y Edmund Husserl, las ideas de estos pensadores influye en los psicólogos como: Alfred Adler, Otto Rank y Karen Horney y sus escritos contienen muchos elementos terapéuticos cognoscitivos.

La teoría estructural y la psicología profunda de Sigmund Freud contribuye a la organización jerárquica de los procesos cognoscitivos en primarios y secundarios, y a la noción de origen patógeno de los síntomas y afectos. Kelly (1955) habla de la experiencia personal como motivadora de la conducta, desarrolló la terapia de los constructor personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes en los pacientes y M. Arnold y R. Lazarus (1972) formulan las Teorías cognoscitivas de la emoción, afirmando que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se centran en la corrección de las ideas erróneas.

Junto con la terapia cognoscitiva, abocada a encontrar soluciones a problemas de aquí y ahora, surge la racional-emotiva desarrollada por Albert Ellis

(1973) el cual relaciona el estímulo ambiental, con las consecuencias emocionales, a través de la creencia interviniente, el objetivo de su terapia es hacer que el paciente tome consciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de éstas.

La terapia conductual también colaboró en varias áreas terapéuticas como: estructuración de las entrevistas, programas de intervención y evaluación, así mismo se encuentran los aportes de A. Bandura, Jerone Frank.

El modelo cognitivo de la depresión surgió entonces a partir de las teorías terapéuticas anteriormente descritas y de las observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales realizadas por Aaron T. Beck (1963, 1964, 1967) con grupos de enfermos depresivos, todos los enfoques clínicos finalmente han facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. El Concepto de la Triada Cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración.

El tercer componente se centra en la visión negativa del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

2. Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo: leer o responder preguntas, o emprender actividades mentales voluntarias: solución de problemas, recuerdos. En tales casos inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

3 .Errores en el Procesamiento de la información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, aquí se considera a:

a.Inferencia Arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso De adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

b.Abstracción Selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

c.Generalización Excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

d.Maximización o Minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento: error de tal calibre que constituye una distorsión.

e.Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

f.Pensamiento Absolutista, Dicotómico (relativo a la respuesta): Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

2.2.2. Depresión y Enfermedad Física

Es importante mencionar el aporte teórico de Flatherty, Channon, Davis (1991), con respecto a la relación entre la depresión y enfermedad física. Señala que las variables se manifiestan de diversas maneras, una de ellas es la depresión como primer signo de enfermedad física, en donde se ubican las enfermedades infecciosas crónicas como la tuberculosis pulmonar, la segunda es la depresión secundaria a la enfermedad física, en donde la depresión es una de las formas habituales de reacción ante la presencia de una enfermedad física.

Alguno de los factores que desempeñan un papel destacado en esta reacción son: la edad de instalación de la enfermedad, el grado de discapacidad, la naturaleza de la enfermedad, la percepción del paciente de su imagen corporal y las modificaciones que se presentan como resultado de una enfermedad específica.

Jerí (1992) en su libro “Depresión en la práctica médica general” señala que otros investigadores como: Gelder, M; Gath, D; Mayou, R. (1980) del Oxford Textbook of Psychiatry encuentran que “sin desdeñar factores económicos, culturales, sociales y raciales de nuestra población, la prevalencia de depresión mayor alcanza a 122,000 hombres y 375,000 mujeres en el Perú, considerándose entre ellos a los enfermos autoinmunes. Este concepto tiene que ver con la enfermedad de la tuberculosis pulmonar, ya que se ha demostrado que resulta más fácil asimilar los bacilos de Koch cuando las defensas inmunológicas de una persona están bajas, a pesar de estar sana, y además cuando se convierte en un factor de riesgo y está expuesta a una causa necesaria.

Jerí, R. et al. (1992) en “Depresión y enfermedades somáticas”, menciona que la depresión está asociada a una diversidad de enfermedades somáticas y psiquiátricas, constituyendo muchas veces la manifestación inicial de una enfermedad física no diagnosticada, otras veces puede ser secundaria a la

presentación o al tratamiento de una enfermedad somática asociada, siendo que; entre los desórdenes descritos y vinculados con la depresión estén las enfermedades autoinmunes. La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que depende de la reacción inmunitaria no siendo posible prevenir su transmisión, ello forma parte de las enfermedades autoinmunes señaladas por Jerí.

2.2.3. Depresión y Tuberculosis

Por otro lado tenemos investigaciones en el extranjero, una de ellas realizada en Estados Unidos por Westaway y Wolmarans (1992), quienes relacionan depresión y autoestima en enfermos de color, hospitalizados con diagnóstico de tuberculosis. Estudian 100 casos de negros con tuberculosis (75 hombres y 25 mujeres), empleando el Inventario de Depresión de Beck, así como la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se muestra la existencia de una correlación entre ambas escalas ($r = 0,92$; $p = 0,001$) determinándose que la baja autoestima es un rasgo característico de la depresión.

A nivel de Latinoamérica, el trabajo efectuado en Brasil por Gozzano, J., Domínguez, A., Gambaro y Marcia, R., Antunes Duarte, M. et al (1989), estudian la ansiedad y depresión en 41 pacientes tuberculosos hospitalizados, empleando el cuestionario KDS-1 para medir niveles de ansiedad y depresión. Se encuentran que las variables presentan una relación inversa con las edades, siendo los enfermos con tuberculosis con más de un internamiento, quienes se mostraban más deprimidos que aquellos pacientes que se internaban por primera vez; concluyéndose de manera general, que los pacientes tuberculosos internados se muestran más ansiosos y deprimidos en comparación con los pacientes que no presentan tuberculosis.

2.2.4. Depresión, Familia y Aspecto Social

Revisando los estudios a cerca de depresión y familia encontramos que *Alarcón, C. (1996)* mencionó tres características relevantes en la población pobre del Perú las que originan la presencia de síntomas depresivos; la pauperización económica, la marginalidad, los bajos niveles de educación y alta incidencia de analfabetismo.

De otro lado también es necesario considerar que, aunque el gobierno en la década del 90 ha creado aceleradamente centros educativos a nivel nacional con el propósito obvio de disminuir drásticamente esta alta incidencia de analfabetismo en el Perú, aún no se ha logrado evitar la pauperización económica y marginalidad social, y con ello mejorar la calidad de vida de los peruanos y crear nuevas redes de soporte social.

Es de esperar que también existan deficiencias en la alimentación y salud, lo que implica que gran número de personas con escasos recursos económicos estén propensas a contraer tuberculosis pulmonar por sentirse deprimidos ante esta situación.

Carrillo (1984) refiere que dentro de la población marginal se presenta una estructura familiar caracterizada por uniones o convivencias circunstanciales a nivel de pareja, cuya eventualidad se expresa en que no están reconocidas legalmente un alto porcentaje de madres solteras, la presencia de diferentes hombres que por diversos motivos socioculturalmente, tienden a la procreación irresponsable que se traduce en: Hogares incompletos, uniones inestables, niños abandonados y falta de una integración familiar que origina el ausentismo paterno.

Entonces es de esperar que en la población marginal los vínculos de la familia sean distantes, poco comunicativos y descuidados en su salud “con tendencia a la depresión, por su situación económica y moral, con gran consumo de alcohol, dispuestos a agredir a las mujeres y niños, creando constantemente inestabilidad en el hogar, ya que el padre se muestra inadecuadamente demandante y exigente dentro de la familia”.

2.3. Soporte Social

La literatura en relación a los efectos del soporte social proviene de una variedad de fuentes. *Broadhead y Kaplan (1983)* refieren que es una variable de difícil estudio y que de una u otra forma guarda estrecha asociación con el desajuste emocional, considerando la temporalidad, fuerza y consistencia con que éste ocurre.

Haciendo algo de historia podemos encontrar que el término de red social surge de las ciencias sociales para luego derivarse al campo de la psicología. Inicialmente fue planteado por científicos sociales de origen inglés, posteriormente en los años 50 los antropólogos y sociólogos desarrollaron este concepto con mayor profundidad, éstos últimos se concentraron en obtener una descripción más precisa de las redes o lazos sociales con el fin de investigar en que medida podían afectar la conducta de los individuos.

Es así que en estos años *Bowlby* (Psicoanalista inglés) también plantea su “Teoría del vínculo” afirmando que el soporte social es una figura de vínculo que se hace disponible desde los primeros años de vida del ser humano, entonces el niño deviene en un yo confiable, aprende a funcionar como soporte para otros y tiene menores posibilidades de psicopatología para su vida posterior. Bowlby

también concluyó que la disponibilidad de soporte social sostenía la capacidad para vencer y dominar frustraciones y enfrentar problemas.

En la década de los 60, al volverse la psicología social más cognitiva se interesó en conocer cómo el individuo usa el dato social proporcionado por su red para mejorar su propia habilidad. A partir de este momento los investigadores se dirigieron a analizar las conductas que benefician a otras personas y las relaciones entre los miembros de la red más que en la estructura de la red misma, desplazando la psicología el interés de las redes sociales hacia las redes de soporte social o simplemente denominado soporte social.

Nuckoll, Cassel, Kaplan (1972) y Brown (1975) después de largas investigaciones reafirman la “Teoría del Amortiguamiento” la cual se refiere a las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés.

Andrews, Tennant, Hewson y Schewnell, (1978) encontraron que la combinación de eventos recientemente estresantes, con bajos niveles de soporte social y experiencias sociales adversas en la niñez, predecían la ocurrencia de desajustes en la adultez.

Hay evidencia que los depresivos tienden a reportar falta de disponibilidad de soporte social. *Winfield (1979)*.

Eaton (1978) encontró que la ocurrencia de eventos estresantes en la vida están asociados con mayores desordenes psiquiátricos, entre aquellos que viven solos o que no tienen pareja.

Lin, Simeone, Ensel, Kuo (1979) refieren que cuando examinan la potencialidad del soporte social en relación a los eventos vitales estresantes y a la enfermedad como consecuencia, encontramos más información proveniente de estudios acerca de circunstancias de vida y enfermedad.

Blazer, Williams (1980) dirigió sus investigaciones a la “Pérdida del soporte social” afirmando que éste se constituye en un factor de riesgo para las personas de la red social.

Como han señalado Schaefer, Coyne y Lázarus (1982), las investigaciones actuales sobre este problema resultaron estimulados por diversas observaciones teóricas que interpretaron los efectos de la desconexión social, por la pérdida de vínculos sociales, por muerte o separación, permanecer soltero o no ser ni geográficamente ni socialmente sedentario, a la luz de que las relaciones sociales sustentan la salud.

Observaciones en una variedad de ambientes evidenciaron entonces el rol importante que los vínculos sociales juegan en el ajuste psicológico y por ende en la recuperación de la salud. *Sarason (1983)* considera que el estudio del soporte social, aparentemente tan antiguo como el hombre mismo debe recibir hoy aliento especial, en atención a su estrecha vinculación con el mantenimiento de la salud física y mental.

En la actualidad la asociación entre soporte social y el bienestar (entendiéndose como el mantenimiento de salud física y mental) ha sido ampliamente demostrado. Los familiares, amigos y confidentes juegan un rol importante en la vida cotidiana del ser humano más aún en los momentos de

crisis. Sin embargo el interés de la psicología en estos fenómenos es reciente. Los trabajos en psicoterapia pusieron mayor énfasis en los aspectos estresantes del núcleo familiar y vinculaciones más cercanas, ya que por lo general se trata con pacientes.

2.3.1. Conceptualizaciones del Soporte Social

Las investigaciones en el campo de la salud y especialmente en el afrontamiento al estrés en situaciones de crisis han permitido la evolución de las definiciones de lo que es el soporte social, así tenemos que:

Mitchell (1968) fue uno de los primeros en dar una definición de soporte social, lo definió como: “un conjunto específico de uniones entre un conjunto definido de personas, con la propiedad adicional de que la característica de esas uniones como un conjunto, puede ser usado para interpretar el comportamiento social de las personas involucradas.” Mitchell en Gómez (1994).

Weis (1969) define el soporte social como las comodidades que el entorno debe proporcionar para mantener el bienestar psicológico.

Kaplan (1974) El soporte social implica un modelo perdurable de lazos sociales continuos o intermitentes que juegan un rol significativo en la integración física y psicológica del individuo. La Red social provee al individuo recursos psicosociales para el mantenimiento de su salud física y emocional.

Cobb (1976) Se centro en la información intercambiante entre sujetos, información a través de la cual un individuo es: amado, estimado o valorado, y es parte de un grupo en el cual los individuos intercambian información y obligaciones mutuas.

Biegel, Naparstek y Khan, (1980) Los individuos existen dentro de una red de relaciones sociales y estos son importantes en la medida en que los proveen de apoyo necesario en situaciones de crisis, y en la vida diaria en general.

House (1981) Define el soporte social como una transicción interpersonal, en la cual se intercambia uno o más de los siguientes recursos:

1. Cuidado emocional (simpatía, amor, empatía).
2. Ayuda instrumental (Bienes y servicios).
3. Información acerca del ambiente.
4. Valoración del soporte (Información relevante de la autoevaluación).

Nan Lin (1981) Las redes sociales, constituyen la estructura que se observa si el soporte puede ser o no accesible al individuo y el soporte social se extiende a través de los recursos disponibles para el individuo.

Flaherty, Gaviria y Broadhead (1982) Consideran que el soporte social tiene dos efectos: uno positivo e independiente de situaciones de stress y otro actualizado y amortiguante frente a situaciones conflictivas específicas. Un buen soporte social no solo sería un factor externo facilitador de la salud mental, sino

también lo sería para la formación interiorizada de un sentido de “si mismo” seguro y positivo en los sujetos.

Sarason (1983) Manifiesta que el término de soporte social se refiere a la existencia o disponibilidad de personas, con las cuales se puede contar o confiar que brindarán su ayuda en cualquier circunstancia de la vida. Estas personas hacen saber al individuo que se preocupan, sienten amor por él y lo valoran.

Kaplan (1985) Define el soporte social como “El conjunto de relaciones de ayuda destinada a lograr un mejor desempeño en el medio”.

Alvarado (1985) El soporte social es la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza desde el punto de vista de pérdida o de crisis determinadas por los efectos de estresores psicosociales. El soporte social actúa de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad. Hay evidencia para sugerir que un cohesivo y suficiente soporte social podría favorecer el pronóstico de mejoría del individuo. La falta de contacto y de apoyo social en los sujetos parece ser un factor con un papel directo en la facilitación de los síntomas; esto quiere decir que las situaciones estables de bajo contacto social, la falta de una red de amigos y conocidos que ayuden moral, emocional e instrumentalmente a un sujeto, están asociadas a una mayor presencia de síntomas físicos y mentales.

Gottlieb (1987) El soporte social connota el intercambio de sentimientos positivos, confianza emocional y ayuda de diferentes tipos de individuos semejantes. Generalmente este término no es transferido a las relaciones que

ocurren entre los profesionales y sus pacientes o clientes debido a la inexistencia de ayuda mutua.

Ishii-Kunz Seccombe (1989) Define red de soporte social como el grado de compromiso de un tipo específico de relación en la cual cada individuo puede recibir ayuda o asistencia física y psicológica.

En conclusión la red social son las relaciones interpersonales en forma general, que el individuo realiza con su entorno, de esta amplia red emerge el soporte social que se refiere a las relaciones interpersonales estrechas, más cercanas con personas significativas para el sujeto, con quienes establece un rapport y empatía.

2.3.2. Teorías del Soporte Social

La literatura del soporte social ha tenido un éxito incuestionable en llamar la atención sobre la importancia de las redes sociales en el bienestar y la adaptación. Diferentes investigaciones han demostrado la asociación positiva entre el soporte social y el bienestar; sin embargo no existe unanimidad para determinar el proceso por el cual se da esta asociación, por ello se debe la existencia de tres teorías del soporte social, las cuales centran su atención en:

Ira. teoría: El Soporte Social como una conexión interpersonal o modelo del efecto principal

Enfatiza la estructura de las redes sociales, se centra en el análisis de las descripciones cuantitativas del ambiente social. Dicho análisis de la red se basa en el supuesto que las características estructurales de las relaciones proporcionan efectos beneficiosos ya sea en presencia o ausencia de eventos estresantes. Flannery y Wiemam (1987); Sarason (1990).

Stokes (1983) en: Hobfoll (1986), al estudiar el tamaño de la red y la satisfacción con el soporte proporcionado encontró que, las redes de tamaño mediano se relacionan previamente con la satisfacción del soporte, mientras que las redes pequeñas y grandes están relacionadas con la insatisfacción.

Por otro lado se ha encontrado que un componente importante de la satisfacción con el soporte brindado es la intimidad de las relaciones sociales. Así las redes grandes pueden reflejar la falta de intimidad en la red y las redes pequeñas indican dificultad del individuo para lograr intimidad.

Las investigaciones que han examinado el rol del soporte social en el impacto del divorcio y la viudez muestran que, una densidad alta en la red genera estados de ánimo negativos y un bajo nivel de autoestima, en contraste una baja densidad, es decir cuando los miembros de una red necesariamente no se conocen, promueven la adaptación a dichas situaciones.

Nair y Jason (1985) Han observado que la presencia de una red heterogénea proporciona un campo amplio de experiencias con personas diferentes, facilitando la adaptación del individuo a su medio.

Cohen y Wills (1985); Sarason et.al (1990). El comprometerse en una red social genera sentimientos de predicibilidad y estabilidad en la vida del individuo, así como de pertenencia a un grupo, el cual reconoce y valora sus méritos; pero necesariamente no proporciona recursos para enfrentar eventos estresantes.

M. Vachon y Stylianos (1988) La integración social sólo proporciona recreación, afecto y protege a la persona de la desesperanza asociada con la soledad.

2da. teoría: El rol de los elementos funcionales del soporte social o modelo de protección mutua.

Cohen y Bolger (1990) Plantea, que los recursos proporcionados por las funciones del soporte social promueven el bienestar protegiendo o atenuando los efectos adversos de los eventos estresantes, pero siempre y cuando el soporte recibido vaya en concordancia con las necesidades específicas activadas por el agente estresante.

C. Cutrona (1986) Los recursos del soporte recibido permiten el enfrentamiento adaptativo a las demandas instrumentales y emocionales de la situación estresante. Se espera que ciertas funciones específicas de soporte social faciliten el enfrentamiento a circunstancias estresantes específicas. Sin embargo las investigaciones existentes muestran poca evidencia para esta propuesta, solamente el soporte de estima y el soporte de información relevan efectos atenuado bajo la presencia de un elevado nivel de estrés. Por ejemplo: el tener acceso a personas con las cuales se pueden conversar sobre determinados problemas, sumamente estresantes, genera bienestar en el individuo al momento de enfrentarlos, pero esto no sucede en situaciones estresantes donde se centra sólo en aliviar el malestar emocional o el sentido de desamparo, y sugiere la manera más adecuada de abordar un problema.

Sarason, et al. (1990) remarca que para tener éxito, esta posición debe especificar en forma precisa, cuáles son los aspectos del soporte social que

benefician a por los individuos que están pasando eventos estresantes específicos. Además hay que tener en cuenta la interacción entre la necesidad de soporte, provocada por la situación problemática y el significado personal que los individuos asignan a sus transacciones personales, ya que tanto los que brindan soporte como los que reciben pueden diferir acerca del significado de un acto supuestamente soportativo.

3ra. teoría: La sensación de sentirse apoyado o la percepción del soporte social.

Coyne y Bolger (1990) Plantean que, el significado primario por el cual el individuo se beneficia del soporte que se le brinda es la percepción que tiene sobre dicha ayuda. El soporte social se puede comunicar mediante comportamientos que ofrezcan ayuda tangible, consejo e información o soporte emocional, pero el ofrecimiento o disponibilidad de estos recursos no constituyen el ingrediente fundamental de soporte social. Lo fundamental es la percepción de la disponibilidad de ayuda, la creencia del individuo de contar con personas que lo aman, aceptan y valoran, se preocupan por él y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudarlos si llegara a necesitar ayuda.

Si el individuo no percibe el soporte como disponible probablemente, este no será usado, incluso las conductas soportativas de los demás puede no ser vista como ayuda, o lo que proporcionan podría no satisfacer las necesidades del individuo. Sarason et. al (1990).

Si bien, en las primeras investigaciones el soporte social no se distinguió entre el soporte dado y la percepción de la disponibilidad de soporte, en la actualidad se han realizado muchas discusiones sobre los trabajos de soporte social, llegando a la conclusión que es la creencia de la percepción del soporte lo que cuenta. Coyne y Bolger (1990); Sarason et. al (1990), expresan que dichas

percepciones presumiblemente están basadas en representaciones cognitivas del individuo sobre su importancia para los demás y en la naturaleza de las relaciones interpersonales.

El soporte social percibido es importante en relación a los resultados de bienestar y ajuste psicológico, actuaría como atenuante de los eventos estresantes influenciando en la interpretación o evaluación del agente estresante y en las estrategias de enfrentamiento Cohen y Wills (1985); Ross y Cohen (1987); Coyne y Bolger (1990). Además aumentan los sentimientos de autoestima y seguridad, condiciones psicológicas que contribuyen a tener emociones positivas Gotlied (1987).

Barrera (1986) trabajo el concepto de soporte social refiriéndose a las conexiones que las personas establecen con otros miembros que le son significativos porque le proveen ayuda en tiempos de necesidad, permitiéndole enfrentar situaciones de estrés. El soporte social se entiende, así, desde su efecto amortiguador del estrés.

La evidencia para que este modelo esté definido por la medición del soporte social que evalúa la percepción de los recursos interpersonales que se dan en respuesta a las necesidades solicitadas o demandadas ante eventos estresantes.

Las relaciones interpersonales expresadas en términos de soporte social proveen de diversidad de recursos que amortiguan los efectos de los eventos estresantes.

Lazarus, (1976); Lazarus y Launier (1978) La evidencia para un soporte social como amortiguador contra los efectos del estrés es encontrada cuando la medición del soporte social evalúa la percepción de recursos interpersonales que se dan en respuesta a las necesidades solicitadas y demandadas ante eventos

estresantes, cuando los recursos interpersonales fallan la persona es llevada a un estado psicológico negativo tal como la ansiedad y depresión, el estrés surge cuando una persona aprecia la situación como amenazante, o de otro lado, cuando hay una demanda y no se tiene una apropiada respuesta de frente.

2.3.3. Componentes del Soporte Social

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. Barrera (1981); Barrera, Sandler & Ramsey (1981); Gottlieb (1983); Heller & Swindle (1983). Operacionalización del soporte:

a) *Redes sociales*: es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. Sarason (1986), lo que constituye lo contrario de aislamiento Gottlieb (1983). El aislamiento es un término que históricamente ha figurado prominentemente en teorías psicosociales y desórdenes psicológicos. Thoits (1986).

Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que “las redes sociales proveen un número de funciones soportivas a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan”, tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc.

Aún cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal Sarason y Sarason (1986).

b) *Soporte social percibido*: es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que

le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes. Barrera (1986); Cobb (1976); Folkman, Chesney, Irosen, Johnson y Coates (1991).

c) Soporte social efectivo: que está referido a las acciones soportivas mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. Tardy (1985); Barrera (1986).

El énfasis en las distinciones entre los conceptos de soporte social no ha intentado dañar ninguna significación importante entre ellas. Heller y Swindle (1983) proveyeron un modelo de soporte social y afrontamiento de la situación que describía las situaciones entre las conexiones del medio ambiente social, soporte percibido y soporte previsto buscado.

En este modelo la disponibilidad de las conexiones sociales (redes) contribuyen a que el individuo perciba que puede confiar en otros para ayuda o sustento emocional. Además la disponibilidad percibida del soporte es relativa a la decisión individual de buscar soporte y por último para la previsión de soporte por aquellos individuos que son capaces de cubrir la asistencia necesitada. Este es un modelo útil para diseñar distinciones entre; redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo, y al mismo tiempo describir sus interrelaciones.

Barrera (1986) refiere que sin embargo, a pesar de estas hipotéticas conexiones, estos conceptos son suficientemente diferentes para tener cuidado de no tenerlos en cuenta como sinónimos. Examinando cómo estas medidas son empíricamente relacionadas con las otras, los trabajos entonces se deben dirigir a analizar la diferenciación de redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo.

La mayoría de los autores concuerdan en definir el soporte social como aquellas transacciones interpersonales y constantes destinadas a satisfacer necesidades físicas y psicológicas. Dichas transacciones deben generar un sentimiento de bienestar en el sujeto involucradas en ellos. Kaplan (1974, 1976, 1979); Khan y Quinn (1977); Cobb (1976); Flaherthy, Gaviria y Blauk (1985).

2.3.4. Tipos de Redes de Soporte Social

Cada grupo social ofrece a sus miembros una variedad de redes, cada cual con funciones de soporte social. Entre las redes de soporte social tenemos claramente definidas y con características propias las siguientes:

a) *Formales*: son los servicios profesionales fomentados directa o indirectamente por el estado. La característica principal de esta red es que operan bajo un sistema de categorías para la evaluación de ayuda, presentan normas formales sobre los planteamientos de ayuda, hay un trato establecido independientemente de las características de los sujetos. Entre estas redes tenemos: Escuelas, Establecimientos de salud privados y estatales, etc.

En nuestro país, el problema de las redes formales se refleja en que el acceso a los servicios profesionales, resultan inaccesibles o no satisfactorios a un alto porcentaje de la población, especialmente a los de bajos recursos económicos; siendo muchas veces insostenibles a las diferencias culturales o necesidades particulares que brindan poco margen de participación a las personas que acuden a dichos servicios.

b) *Informales*: son las fuentes de contacto y asistencia dadas por la familia, parientes, amigos, vecinos. Se incluyen en este tipo de redes las actividades de ayuda mutua que se dan dentro de un grupo espontáneo y no organizado. Cohen y Wils (1985); Gottlied (1987).

Cada una de éstas relaciones sociales identifican diferentes tipos de ayuda o asistencia, así, el soporte brindado por el grupo familiar está basado en la intimidad o en las obligaciones formales para bienes y servicios.

Las interacciones amicales están basadas en la reciprocidad, los amigos son capaces de compartir problemas involucrando al grupo de pares con similares intereses y experiencias. Los vecinos proporcionan ayuda a través de tareas instrumentales, por ejemplo ayudando en situaciones de emergencia.

Comúnmente los vecinos no desempeñan funciones de naturaleza íntima. Ishii-Kunz y K. Seccombe (1989).

Por último los compañeros de trabajo pueden proveer instrucciones y retroalimentación sobre el adecuado desempeño laboral y proporcionar apoyo indirecto sirviendo como modelo de comparación social. Gottlied (1987).

2.3.5. Factores Interactuantes en el Soporte Social

Heller y Swindler (1983) el soporte social constituye un proceso que involucra una interacción entre: a) estructura social, b) relaciones sociales, c) roles sociales, y d) atributos personales, los cuales se conceptualizan como sigue:

a) *Estructuras Sociales*: son las que proveen el contexto para el desarrollo de las actividades sociales, por ejemplo: el colegio, las organizaciones del trabajo, la vecindad, la familia y asociaciones voluntarias.

b) *Relaciones Sociales*: la variedad de interacciones que se dan en las diferentes estructuras sociales es fundamental para la creación de sentimientos de valor y pertenencia, que alientan el desarrollo de habilidades para afrontar las tareas de la vida. Sin embargo, las relaciones sociales no siempre acrecientan la autoestima o autocompetencia y pueden también socavar el autoestima, y de hecho lo hacen, por lo que no constituyen un sinónimo de soporte social.

Un concepto importante que se da dentro de las relaciones sociales es la “reciprocidad”.

Reciprocidad: las relaciones sociales son comprendidas como recíprocas. La oportunidad de ser recíproco contribuye a la autovalía y a la unión con otros.

Thoits (1985) La reciprocidad sirve para mantener la relación a través del tiempo. Por reciprocidad se entiende que este intercambio es tanto para proveer como para recibir soporte.

Antonucci (1985) noto que el soporte es mejor entendido como una serie de intercambios sociales recíprocos que ocurren todo el tiempo, en el cual los individuos construyen un soporte de “reserva” o “banco”. Uno no necesita devolver al mismo tiempo el soporte recibido, sin embargo es esperado que en algún momento sea devuelto a algún miembro de la comunidad. Por ejemplo; la obligación de cuidar a los padres en la ancianidad es una forma de restaurar la equidad. En realidad nuestra motivación por hacerlo es en gran medida determinada por el amor y el confort que aquellos nos dieron a nosotros en relaciones anteriores.

c) Roles Sociales: las estructuras sociales definen los roles asumidos por los miembros, es decir, la forma como se espera que deben vincularse con los demás miembros de la comunidad, por ejemplo: un varón puede molestarse pero no llorar, la gente mayor debe ser tratada con respeto. Al mismo tiempo los roles definen los parámetros dentro de los cuales ocurren las relaciones sociales.

d) Atributos Personales: la percepción del soporte y el mantenimiento de las relaciones soportivas dependen también de los atributos personales. Las características personales determinan la variedad de necesidades y demandas de soporte, así como la variedad de acciones de soporte que se pueden ofrecer. Así, por ejemplo; en investigaciones llevadas a cabo por Fisher y Nadler, se noto que recibir ayuda de otros puede ser visto como una amenaza a la autoestima, la ayuda de otra persona similar puede activar sentimientos de inferioridad y dependencia.

Esto es especialmente válido para individuos de alta estima, quienes piensan favorablemente de sí mismos. Fisher y Nadler encontraron que los individuos de alta estima veían la ayuda de otros similares como amenazantes, mientras que aquellos con baja estima no lo veían así.

Así, el soporte social, es un recurso multiprático que tiene ambos componentes, el social y el individual Heller y Swindle, (1983). Individualmente porque la percepción de soporte depende de los atributos personales y sociales, porque depende también de las funciones servidas por la actividad social. Heller, Swindle y Dusenbury, (1986), debido a que se da dentro de una estructura social con características propias y con determinadas relaciones sociales entre los integrantes.

2.3.6. Dimensiones que Caracterizan el Soporte Social

Las características estructurales abarcan los aspectos cuantitativos y cualitativos de las relaciones socio-afectivas del sujeto:

- a. Tamaño de la red: número de personas que componen la red social.
- b. Extensión: dispersión física de los miembros (posición del individuo dentro de la red).
- c. Densidad: grado de relación entre los distintos miembros.
- d. Intensidad: cercanía percibida de la relación con los distintos miembros, frecuencia de contacto.
- e. Dimensionalidad: tipo de actividades que desarrollan los miembros, intercambios de recursos de ayuda.
- f. Homogeneidad: semejanza en las características socio-demográficas de los miembros de la red, puede ser, en términos de edad, sexo, ocupación, etc.

2.3.7. Funciones del Soporte Social

Se refiere a los beneficios que se puede obtener al interactuar con otros individuos. En la actualidad existe un consenso entre los autores de que las funciones del soporte social son según *House (1981); Schaefer y cols. (1982); Cutrona (1986)* las siguientes:

1. *Soporte Emocional* o Soporte de estima, expresivo o cercano; provee al individuo estima, afecto, seguridad, confianza y atención, este soporte mejora el nivel de autoestima del sujeto.
2. *Soporte Valorativo*, de Pertenencia o compañía social de contar y confiar en alguien, contribuye a la sensación de que uno es amado o cuidado, el cual puede reducir la tensión al satisfacer la necesidad de afiliación, distrayendo a las personas de sus preocupaciones y facilitando estados de ánimos positivos.
3. *Soporte Informacional*, denominado también consejo guía cognitiva y soporte de evaluación, ayuda a definir entender y enfrentar los eventos problemáticos (provee asesoramientos directivos).
4. *Soporte Instrumental*, conocido también como tangible, material; consiste en proporcionar ayuda específica o material para dar solución a un problema, se brinda a través de especies, dinero, trabajo, tiempo o modificación ambiental.

Barrera (1986) Define 6 funciones del soporte social:

1. *Interacción Intima* atiende a las necesidades de compartir sobre asuntos de carácter estrictamente personal, requiere tiempo y una disposición favorable hacia la persona aún cuando no hay aceptación de la misma en su totalidad o en algún aspecto de su modo de ser o de sus acciones.

2. *Ayuda Material Apoyo* en necesidades materiales, como por ejemplo: dinero, medicinas, muebles, etc. Compromete recursos materiales dinero o bienes de quien provee el soporte.

3. *Consejo e Información*; se refiere a la necesidad de contar con quien pueda proporcionar opinión y orientaciones sobre asuntos de gravedad en la vida personal, así, como información para afrontar adecuadamente situaciones difíciles. Demanda tiempo, disposición favorable y conocimientos o criterios personales.

4. *Información Positiva* responde a nuestra necesidad de reconocimiento y valoración de los estilos personales de vida o las formas personales de hacer las cosas. Requiere de aceptación de la persona y compromete su valoración del estilo o formas personales.

5. *Asistencia* es una función orientada a satisfacer las necesidades de compañía para realizar determinadas tareas o resolver algunas situaciones problemáticas, requiere de tiempo y buena disposición.

6. *Participación Social* atiende a las necesidades de esparcimiento, requiere de igual voluntad de esparcimiento.

Así mismo, define una séptima función, siendo ésta el concepto de:

7. *Interacción Negativa* se refiere a aquellas personas con las cuales se tiende a producir algún tipo de conflicto y que muchas veces son también la mayor fuente de soporte social.

2.3.8. Factores que Influyen en el Soporte Social

Entre los factores que influyen en el soporte social se mencionan variables de personalidad tanto del receptor como las del dador de ayuda. También son importantes las características del agente estresante y del ambiente social. C. Dunker-Schetter et al. (1987); Gottled (1987); M. Vachon y Stylianos (1988).

Las características ambientales se refieren a aquellas que describen el aspecto físico, la estructura organizacional del ambiente o ecología social del individuo, así como las características de las redes sociales.

La situación estresante puede ser categorizada según su intensidad, duración y ambigüedad además se considera en que momento de la vida ocurre el estrés y el tipo de riesgo personal que involucra o la evaluación del grado de amenaza del agente estresor.

En las variables de personalidad de los que proporcionan soporte se encuentran, el grado de perceptibilidad y motivación como las habilidades para brindar ayuda. C.Dunkel-Schetter et al (1987).

Las variables individuales que influyen en el soporte social pueden ser: la edad, el sexo, el nivel de autoestima, la necesidad de afiliación, la tendencia a relacionarse con otros o sociabilidad, las habilidades sociales, carencia de ansiedad, la capacidad del individuo para solucionar situaciones problemáticas, el sentimiento de control o foco de control, etc. Sarason et. al (1987); Ross y Cohen (1987).

Gottled (1987) Añade que otro factor a considerar es la expectativa de soporte del individuo, la cual está basada en experiencias previas, referidas a sí el individuo ha brindado soporte a otros.

Husaini y Henderson (en Cohen y Wills 1985) señalan que las mujeres obtienen más soporte al hablar de sus problemas, sentimientos y de las personas en general con amigos íntimos, mientras que los hombres, lo hallan en el logro de actividades instrumentales y en las actividades de compañerismo.

En relación al factor edad Sarason, et. al. (1983) reporta que los ancianos tienen bajos niveles de soporte social en comparación con los adultos y jóvenes.

Los estudios han examinado diversas características de la personalidad y la percepción del soporte social, muestran que los individuos con puntajes altos en soporte social presentan un nivel alto de autoestima.

2.3.9. Relación entre Soporte Social y Salud Mental

La verdadera crisis es una crisis de las relaciones humanas, o más bien, es la crisis de un mal antiguo en las relaciones humanas, una incapacidad en las relaciones personales de incorporar lo fraterno, lo amoroso. Naranjo, (1992).

Este fondo humano de la crisis, dejado casi siempre de lado, es el que buscamos, finalmente, como soporte social, lo fraterno y lo amoroso esperan la oportunidad de ser estudiados y no, tristemente trivializados. Sin lo fraterno, sin lo amoroso la vida cae en angustia y soledad. León (1989) señala: los antídotos de la soledad y de la angustia son, en buena medida, la compañía y la alegría.

La imposibilidad humana de un desarrollo en la soledad, más allá de la experiencia de anacoretas, dice de nuestro ser social, de lo inhacadero que construimos fuera de un grupo humano. Allí radica la profunda relación entre soporte social y salud mental.

Henderson (1980) señala que lo fundamental radica primero: en la habilidad de cada sujeto para establecer, mantener relaciones sociales, Segundo: las relaciones sociales pueden tener una función de protección contra la morbilidad, cuando el sujeto atraviesa experiencias difíciles, y tercero: la falta de estas relaciones puede ser un factor causal de alteraciones en el equilibrio de la salud mental.

Weiss (1983) Refiere que los sujeto en situación de pérdida o crisis puede “defenderse” de estos estresores percibiendo de su red social las siguientes funciones básicas:

- 1. Apego: sensación de proximidad emocional, seguridad*
- 2. Integración social, sensación de pertenencia a un grupo con el que hay Intereses, actividades de “tiempo libre” que son compartidas; sensación de Existencia de relaciones de amistad.*
- 3. Reafirmación de un valor, reconocimiento de la propia competencia y Habilidad, normalmente obtenido de compañeros de trabajo.*
- 4. Alianza de confianza, la seguridad de saber que se puede contar con otros Para recibir ayuda, apoyo en una situación de pérdida, carencias, crisis o necesidad.*
- 5. Dirección, orientación, consejo, guía.*
- 6. Oportunidad de crianza, generalmente formada en la infancia, esta referida a la sensación de responsabilidad para el logro de bienestar.*

Cualquier sujeto que tenga la oportunidad de acceder a un soporte social como el descrito, tendrá una mayor probabilidad de enfrentar la crisis, por lo tanto de preservar y fortalecer su salud mental en Gómez (1994).

2.3.10. Soporte Social y Depresión

Bandura (1977) refiere que la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ellas. Ofendidas, estas “personas

significativas” podrían responder con rechazo o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorechazo y la autocrítica del propio individuo.

Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto de parte de su red de soporte social.

Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionarle muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse. Es más, el tratamiento del paciente depresivo suele verse beneficiado en gran medida si se cuenta con una buena red de soporte social sean estos los familiares, amigos que sirvan como representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la viledez de sus pensamientos negativos.

Debe hacerse notar que existe una considerable variabilidad entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función del soporte social. Se puede decir que algunas depresiones avanzan a lo largo de un camino inexorable a las influencias de la red social.

2.3.11. Las Representaciones Sociales en la Tuberculosis

El concepto de representación social tal como lo entiende Paéz, Ubillus y Paicheler (1994), permite comprender cómo las actitudes interpersonales en general, están fuertemente condicionadas por estructuras de la percepción, y por tanto, la tuberculosis, objeto de la percepción social está igualmente condicionada por las representaciones sociales.

La tuberculosis pulmonar no debería ser limitada sólo a un fenómeno negativo en la vida del sujeto. La percepción de los hechos que el individuo realiza dependera en gran parte de factores que ni son leídos de la realidad externa ni tampoco fruto de su elaboración intelectual. Hay una percepción social de los hechos como miembros de una comunidad cultural nos hallamos instalados en corrientes sociales de interpretación cuyos móviles, resortes y funciones están integrados al cuerpo social.

A estos modos de conocimientos socialmente originados, utilizados y compartidos para orientar nuestras percepciones se les denomina “representaciones sociales”. Estas representaciones tienen un abanico de funciones que cumplir: defensa de la identidad social de los sujetos, integración de fenómenos nuevos, orientación de la conducta y facilitación de la comunicación. Las representaciones sociales involucran tantos aspectos de manipulación más complejos o llegado el caso, nula como son los valores tradicionalmente transmitidos, los sentimientos etico-estético y las ideologías.

Por esta razón el campo de las representaciones sociales no se reduce a cuestiones intelectivas instrumentales, ni a campos cognitivos puramente racionales, sino que integran también instancias culturales socialmente adquiridas: no sólo percibimos y pensamos con ella sino que esto es importante, desde ellas.

Las representaciones sociales constituyen, así, escenarios en los que se ordena la percepción de los fenómenos de la realidad y la conducta correspondiente y esto nos comprometen.

También la comprensión personal de la salud está condicionada por las representaciones sociales. Así, cada época toma a ciertas enfermedades que, como paradigmas, expresan problemas sociales complejos; cada época tiene su enfermedad que la caracteriza. Paéz y col. (1994). Así la lepra en la antigüedad, la peste en la edad media, la sífilis en la primera modernidad (S. XV), la tuberculosis en la revolución industrial (S.XIX), el cáncer en la época de los grandes avances tecnológicos, y el SIDA en el siglo XX.

La lepra representa el *Fatum* al que es imposible sustraerse; la peste materializa un concepto trágico de la existencia sometida a un castigo colectivo querido por Dios; la sífilis vinculado al contagio venéreo expresa la mutación de los valores y la crisis de la moral tradicional, la tuberculosis expresa al capitalismo inicial por la extraña unión del amor romántico y miseria social; el cáncer estigmatiza tanto la prolongación de la vida por los avances tecnológicos tanto como el daño al equilibrio ecológico y la polución, y finalmente el sida representa nuestra época porque marcó los límites del crecimiento productivo al añadirse al cáncer como enfermedad que la medicina es incapaz de vencer y por que marca “la generación de condiciones de contacto (de exploración para unos y de sobrevivencia para otros) entre las poblaciones del primer y tercer mundo.

La tuberculosis pulmonar tiene una representación en el sentido común de la persona cuando reconoce que está enferma, así pues refieren que enfermaron por “no haber comido bien, estar anémico, trabajar en exceso, ha tomado muchas bebidas heladas, ha tenido muchas penas o frustraciones, no se abrigó bien, etc...” resultando difícil al inicio la aceptación y comprensión de que fue contagiado por alguna persona de su entorno social, la cual está portando el báculo en su saliva. Todo esto se constituye en una forma de representación social errada que afecta al individuo y su red social. El problema se hace más agudo en el enfermo con tuberculosis pulmonar, por el estigma social que lleva y del que es plenamente

consciente. De una u otra forma las representaciones sociales que se hacen los familiares y amigos del enfermo con tuberculosis pulmonar son negativas. Cargadas de censura provocando en la persona afectada respuestas emocionales como: la vergüenza, la culpa, el retraimiento social, la percepción de no ser querido, ni aceptado, lo cual muchas veces lo lleva a un estado de tristeza, desamparo, soledad, porque conoce bien que la comunidad lo señala, intentando excluirlo, los considera peligrosos y hasta ellos mismos tendran que tomar ciertas precauciones para evitar contagiar a los miembros de su familia.

La repercusión en el ambiente familiar es también mucho más fuerte, intentando ocultar un hecho como si se tratara de algo indigno o inconfesable. No queda duda que existe también de parte de las personas el pensamiento asociado entre la tuberculosis y la falta de alimento, pobreza, etc. Con todo lo referido anteriormente se crea un inconsciente colectivo que dificulta un acercamiento más espontáneo y natural de parte del entorno social hacia el enfermo contagiado con tuberculosis.

Garay, F. (1988) concluye en la investigación realizada en un Asentamiento Humano de San Juan de Lurigancho que “Los conocimientos sobre la tuberculosis en los pobladores son inadecuado, producto de sus propias vivencias y creencias populares, ellos refieren que la principal causa de enfermar con tuberculosis es la mala nutrición y no exclusivamente por contactos.”

Una creencia que tiene el enfermo es que nunca se va a curar de la tuberculosis, llegando a quedar limitado para llevar una vida normal, lo cual constituye un mito altamente prejudicial por las consecuencias emocionales, afectivas y de metas de vida, dado que en la actualidad la tuberculosis no es sinónimo de muerte, si la enfermedad es diagnosticada y tratada oportunamente. a

enfermedad de la tuberculosis puede ser tratada y las personas con la medicación y apoyo psicosocial apropiado, logran presentar una calidad de vida adecuada.

Otra de las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar, es que el enfermo mantiene la creencia de que no debe interactuar socialmente y las personas que antes le proveían soporte muchas veces se apartan y se vuelven un agente estresante al desarrollar conductas discriminativas hacia ellos. Es así que el soporte social efectivo frecuentemente disminuye, o se pierde, se restringen las redes sociales y, por lo tanto, el soporte social percibido también se ve afectado, con lo que el efecto amortiguador sobre los estados depresivos y ansiosos del enfermo se empobrece notablemente.

Kelly, St. Lawrence, Hood y Brasfield (1989) realizaron intervenciones clínicas empleando grupos de soporte social y donde éstos llegaban a convertirse en grupos de soporte comunitario disponible ayudando a los individuos a establecer o restablecer relaciones con amigos, familiares, teniendo como resultado el mejoramiento de sus estrategias de afrontamiento, y por lo tanto la disminución de sus niveles de depresión durante la enfermedad física.

Existen también trabajos dentro del campo de la Psiconeuroinmunología que señalan la relación de las variables psicológicas y psicosociales con diferentes parámetros físicos. Son descubrimientos de los estudios en el campo del afrontamiento al estrés, con personas que presentan una enfermedad incurable y/o crónica, señalan la importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento respecto a la enfermedad y como ellas pueden ejercer una influencia positiva sobre la calidad de vida y por ende lleva a un mejoramiento de la salud de la persona. Se ha señalado además, como la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión ejercen efectos negativos sobre la salud y la respuesta ante los tratamientos de estas poblaciones. Antoni, Bagett, Ironson y otros (1991).

El modelo bio-psico-social de la salud y de la enfermedad asume que la influencia de lo biológico, psicológico y social compromete un sistema complejo de interacciones, los cuales determinan la salud personal, la vulnerabilidad, y la reacción ante la enfermedad.

La premisa básica de este modelo es que la enfermedad en sí misma no se restringe netamente a un órgano, si no que afecta al organismo como un todo, de igual forma la salud es condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales, y puede ser afectada a través de cada uno de ellos. Tomoshok (1996).

Es así, que al analizar el soporte social en los enfermos con tuberculosis pulmonar, se encuentra que éste se ve afectado tanto por los conceptos negativos y estereotipos que presentan las representaciones sociales y los mitos existentes en torno a la enfermedad, por lo que el soporte social del enfermo sufre una serie de consecuencias producto de ellas.

3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- *Tuberculosis pulmonar*

Enfermedad infecciosa causada por microbacterias del complejo de la tuberculosis que afecta a los pulmones del ser humano.

- *Depresión*

Trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo, cognitivo, motivacional y somático.

- *Red Social*

Las múltiples relaciones que un sujeto mantiene dentro de su medio ambiente con otras personas, bien en forma individual o grupal. Alvarado (1985).

- *Soporte Social*

La ayuda importante que en situación de pérdida o de crisis proviene de personas con las que el sujeto está relacionado Alvarado (1985)

- *Enfermo con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo nunca tratado o nuevo*

Es el paciente diagnosticado por primera vez con tuberculosis pulmonar y que inicia un tratamiento. Presentó confirmación bacteriológica por baciloscopía BK+ o cultivo (+).

- *Enfermo con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo antes tratado o recaída*

Paciente con un nuevo episodio de actividad tuberculosa después de haber completado un tratamiento exitoso (curado), tiene confirmación bacteriológica (con baciloscopía y cultivo positivo) o por histopatología. Integran esta categoría las recaídas y abandonos recuperados por primera y segunda vez.

- *Enfermo con Tuberculosis Pulmonar crónico*

Paciente con tuberculosis pulmonar con más de dos esquemas de tratamiento. Sean éstos recaídas, abandonos recuperados y fracasos. Es a partir del tercer tratamiento que se ingresa en esta categoría.

- *Programa Nacional de Control de Tuberculosis*

Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos Nunca tratados, Antes tratados y Crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. Torres Uría Margarita Ruth.

Tesis UNMSM

El Programa de control de tuberculosis es un programa del Ministerio de Salud, atiende gratuitamente y da protección integral a la persona, familia y comunidad de los riesgos de enfermar y morir de tuberculosis.