

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 Guayaquil⁵

Miguel Angel Roca Perara

PhD. Psicología
Facultad de Psicología, Universidad de la Habana
Cuba
Correo electrónico: roca@psico.uh.cu

Alfonso Riccardi Lascano

Especialista en Psiquiatría
Guayaquil, Ecuador
Correo electrónico: al_riccardi@yahoo.com

Recibido: 3/09/2014
Evaluado: 21/11/2014
Aceptado: 5/12/2014

Resumen

Objetivo: Identificar cómo contribuye el apoyo de las redes sociales, en especial la familia a la evolución de los pacientes deprimidos durante el periodo de hospitalización en el servicio de Psiquiatría de un hospital general como el existente en el Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. **Método:** Investigación cuantitativa. Se emplearon cuestionarios que evaluaron los constructos fundamentales y entrevistas clínicas. **Resultados:** La mayoría de los pacientes tenían una buena percepción del apoyo social pero contrario a lo que se esperaba hubo una correlación inversa con respecto al apoyo social y la evolución de la depresión sin embargo se encontró que la funcionalidad familiar si era un predictor de una buena evolución clínica de la depresión. Se realiza un análisis encaminado a explicar y esclarecer esta aparente contradicción. **Conclusiones:** El apoyo social percibido no resulta un buen predictor de la evolución clínica del paciente deprimido hospitalizado, sino todo lo contrario.

Palabras clave

Familia, apoyo social, depresión, hospitalización

5 Para citar este artículo: Roca, M., & Riccardi, A. (2014). 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*, 14(2), 81-102.

Family: Functionality and effectiveness as a network of social support in patients with depression who are admitted to the psychiatric hospitalization area at the IESS Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo in Guayaquil, Ecuador.

Abstract

Objective: To identify how it contributes the support of social networks, especially the family to the evolution of depressed patients during the period of hospitalization in the of a general hospital psychiatry service as it exists in the IESS Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo". **Method:** Quantitative Research. Questionnaires that assessed the fundamental constructs and clinical interviews were used. **Results:** Most patients had a good perception of social support but contrary to what was expected there was an inverse correlation with social support and the evolution of depression it was found that family functioning was a predictor of a good clinical evolution of depression. An analysis aiming to explain and clarify this apparent contradiction is performed. **Conclusions:** Perceived social support is not a good predictor of the clinical course of hospitalized depressed patient, quite the contrary.

Keywords

family, social support, depression, hospitalization

Família: funcionalidade e efetividade como rede de apoio social em pacientes com depressão que estão internados na área de hospitalização de psiquiatria do hospital do iess dr. teodoro maldonado carbo na cidade de Guayaquil

Resumo

Objetivo: Identificar como contribui o apoio das redes sociais, em especial a família à evolução dos pacientes deprimidos durante o período de hospitalização no serviço de Psiquiatria de um hospital geral como o existente no Hospital do IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo". **Método:** Investigação quantitativa. Empregaram-se questionários que avaliaram os constructos fundamentais e entrevistas clínicas. **Resultados:** A maioria dos pacientes tinham uma boa percepção do apoio social mas contrário ao que se esperava teve uma correlação inversa com respeito ao apoio social e a evolução da depressão no entanto se encontrou que a funcionalidade familiar se era um preditor de uma boa evolução clínica da depressão. Realiza-se uma análise encaminhada a explicar e esclarecer esta aparente contradição. **Conclusões:** Percepção de apoio social não é um bom indicador da evolução clínica do paciente deprimido hospitalizado, muito pelo contrario.

Palavras chave

Família, apoio social, depressão, hospitalização

Introducción

La implicación de la Psicología en todo el espectro del proceso salud enfermedad no puede pasar por alto momentos particularmente estresantes para las personas, como lo es el de la hospitalización (Roca, 2013). El proceso de hospitalización de un paciente, empieza o en la consulta externa de un dispensario u hospital o en el servicio de urgencias del hospital; en uno u otro caso, no necesariamente concurre con la expectativa de un ingreso por parte propia o de sus familiares sino, que en la mayoría de las ocasiones, el deseo es solo aliviarse de una dolencia, de manera ambulatoria.

No obstante, muchos casos de cierto nivel de severidad y/o riesgo (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004) requieren ser hospitalizados para recibir una óptima atención. La frase “debe ingresar” por parte del profesional a cargo genera un importante impacto psicológico, pudiendo despertar en muchas personas temores que se remontan a estresantes recuerdos personales o familiares.

En el caso de un ingreso al servicio de psiquiatría, emergen otros temores asociados a estigmas y prejuicios, reales o imaginarios, como la posibilidad de que tanto en sus familias como en sus trabajos, los discriminen por ingresar a un servicio (Aranaz, Aibar, Gea, & León, 2004) que supone una falla o trastorno de la psiquis o la “mente” de la persona. Tal situación se agudiza en el paciente deprimido (Lin, Nan, Dean, & Alfred, 1986), por las vivencias de desamparo y desesperanza

que dicho cuadro clínico trae como agregados. En este contexto resultan decisivos para la recuperación de la salud mental y el bienestar psicológico, no solo la competencia profesional y la postura activa de la persona, sino la presencia efectiva de redes de apoyo (Chwalisz & Vaux, 2000) social familiar.

En esta temática se enmarcó el presente trabajo, en el servicio de Psiquiatría de un hospital general en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, en que se tiene por *norma* que durante las tres primeras semanas, los pacientes psiquiátricos que ingresan a hospitales o clínicas especializadas que funcionan como servicios cerrados, permanezcan aislado totalmente de sus familiares, quienes no lo pueden visitar hasta que por prescripción facultativa sean autorizados, tampoco se le permiten llamadas telefónicas.

Esta es una norma que proviene desde la época de los primeros hospitales psiquiátricos, que si bien no está escrita, es asumida en casi todos los sitios de hospitalización. La medida trae como consecuencia el aislamiento del paciente de su familia con la consecuente angustia del grupo familiar de origen, así como ansiedad en el propio paciente al verse privado de la presencia de una de las más importantes redes de apoyo social, la familia. Afortunadamente estas normativas vienen rápida y progresivamente desapareciendo, pero su extinción definitiva requiere ser avalada por investigaciones que confirmen su obsolescencia, propósito al que va dirigido este trabajo.

De acuerdo con Roy (2011), confluirán tres unidades temáticas que son: (1) la depresión como importante cuadro clínico que compromete el bienestar de

sus víctimas (American Psychiatric Association, 2003), (2) el concepto y componentes de las redes de apoyo social (Berkman, Glass, Brisette, & Seeman, 2000; Thoits, 1995; Sheldon, 1985), y (3) la familia como componente fundamental e íntimo de sus redes de apoyo. Comencemos por esta última:

El desarrollo psicológico de una persona está determinado en gran medida por múltiples factores que incluyen las predisposiciones genéticas, su historia individual, y las influencias ambientales, particularmente las referidas a las relaciones interpersonales, fundamentalmente en el contexto de la familia (Ardila, 2009), concebida esta como complejo sistema social (Bertalanffy, 1986).

La ONU en su declaración universal de los derechos humanos, expresa en su artículo N° 16 que “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el estado” La declaración de la ONU propende a optimizar las relaciones familiares, viendo a la familia como un todo más que como una sumatoria de individuos, a la par que no descuida el bienestar individual de cada uno de sus miembros.

En concordancia, Ares (1993), expresa:

Por definición, la familia es un grupo de personas que comparten vínculos de consanguinidad, parentesco y afecto, que está inmerso en una cultura y por tanto condicionado por los valores de la cultura en la que se desarrolla. La familia como grupo social, cumple funciones determinadas en el

individuo y la sociedad, mediante las cuales transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud, que condicionan en sus miembros estilos de afrontamiento característicos ante la presencia de la salud o la enfermedad (p. 23).

En estrecha relación con esta definición, refiere Horwitz, Florenzano, & Ringeling (1985), que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, así como la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis, lo que supone la adaptación constructiva y promotora de salud de sus miembros (Pierce, 1997) ante los cambios.

Un elemento clave en la relación familia-salud, lo constituye el concepto de funcionalidad (Minuchin & Fishman, 1988), categoría relacionada con los factores que le permiten a la familia de manera exitosa cumplir los fines para los que fue creada frente a la sociedad en las situaciones del diario vivir (Louro, 2002).

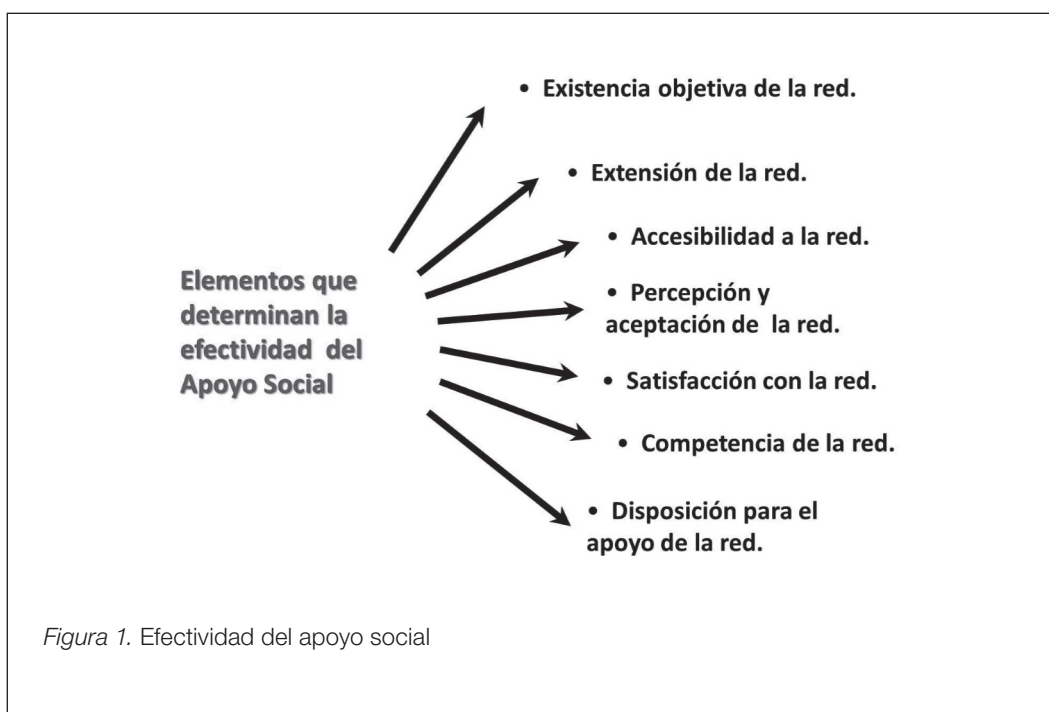
Desde esta perspectiva, la familia deviene en el más importante grupo o red de apoyo social en el que una persona desenvuelve su existencia a lo largo de su ciclo vital (Taylor, Sherman, & Kim, 2004). Ello conduce a la necesidad de referirse uno de los conceptos centrales de s: las redes de apoyo social (AS), concepto que ayuda a comprender la importancia de las redes de apoyo social (Cobb S, 1976; Cohen, 2000; Kin, Sherman & Taylor, 2008), en particular familiar, en los contextos de enfermedad, particularmente en la enfermedad mental: El apoyo social puede ser

definido como concepto de la siguiente manera:

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 (Roca & Pérez, 1999, p.15).

El que una persona utilice de manera efectiva el apoyo social percibido, durante un evento estresante de su vida, depende de toda una serie de factores sinérgicos entre si:



Caplan (1974, citado por García, 2009) distingue entre el apoyo social objetivo (recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede acudir en caso necesario) y el apoyo social percibido (referente a la dimensión subjetiva evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar).

Lo cierto es que ante situaciones complejas de compromiso de la salud (Castro, Campero & Hernández, 1997), y como red de apoyo social primaria, la familia puede jugar un rol decisivo en el restablecimiento u optimización de la salud de la persona (Roehrlé & Strouse, 2008), en particular de su salud mental,

más aun tratándose de severos cuadros psicopatológicos como la depresión.

Conceptualmente, las anteriores consideraciones justifican la presencia y deseabilidad de la cercanía de los miembros del núcleo familiar durante el proceso de restablecimiento de la salud mental de uno de sus miembros, particularmente en el caso de la depresión en que tan importante es para la persona el sentirse apoyado.

La depresión como enfermedad es tan antigua como la humanidad pero los relatos y definiciones comienzan con Hipócrates que fue el primero en definirla como melancolía, del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis" (Hammen, 1997; Ingram, 2011). Se estima que para para el año 2020 la depresión alcance el 2^{do} lugar de las discapacidades, calculado para todas las edades; hoy en día ya es la segunda causa de discapacidad en el mundo entre las personas entre 15 y 44 años, combinados ambos sexos (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Richard, 2011; World Health Statistic, 2007).

El término depresión es frecuentemente utilizado por las personas para describir un *bajón emocional*, común en la vida de cualquier persona, de aquí que periodos transitorios de tristeza, son frecuentemente considerados *normales*. En contraste la depresión desde un punto de vista clínico es un disturbio o una alteración del humor, que persiste en el tiempo (Spijker, 2002); y por lo tanto, va más allá de un bajón anímico o estado emocional negativo causado por determinada pérdida (Lazarus, Richard, & Folkman, 1984).

Aunque la tristeza, es una característica de la depresión, no es suficiente para el diagnóstico de la depresión clínica y hay que buscar durante la entrevista, otros rasgos importantes como: la disminución del interés o placer por las ocupaciones habituales (definido en algunos casos como *anhedonia*), falta de motivación, pérdida de sentido y desesperanza, es decir, todo aquello que identifica a la característica *parálisis* como *tendencia a la acción* característica de la depresión.

Por otro lado Aaron T. Beck, para la década del 60, descubre de manera experimental que el paciente deprimido tiene actitudes negativas hacia sí mismo, el mundo y los demás y el futuro, así como cogniciones distorsionadas como abstracción selectiva, sobre-generalización, personalización, sesgos al interpretar la vida diaria, así como actitudes disfuncionales. Beck relata el ejemplo de un paciente que pensaba de la siguiente manera "Mientras espero para entrar a la consulta, me siento peor, ya que si el terapeuta me atiende enseguida pienso que mi caso es muy grave y si se demora mucho, pienso que soy un caso perdido" (Beck, 1979; Kendle, Thornton, & Gardner, 2000).

Este conjunto de hechos, nos conduce a valorar el porqué desde afuera las personas, tanto amigos como familiares cercanos, tienen dificultades e incluso cierta reticencia a brindar apoyo a una persona en quien prevalecen los estados depresivos, que cuando recibe palabras de aliento las puede trastocar y deformar conduciendo al familiar o amigo a sentirse frustrado y alejarse del paciente en cuestión; mientras más grave sea el estado depresivo esto aumentará (Brugha,

1995). Pero paradójicamente al mismo tiempo y tomando como punto de referencia la sintomatología y distorsiones cognitivas del paciente deprimido, se puede inferir desde toda lógica, que es un tipo de paciente en el que el apoyo familiar debe resultar decisivo (Nasser & Overholser, 2005).

Igualmente cualquier paciente depresivo es beneficiado de la no pérdida del contacto con su familia, y por el contrario es quizás el tipo de paciente que más necesite y se beneficie del apoyo social de la familia (Keitner & Miller, 1990). Sin embargo, en este tipo de pacientes debido a que no se presenta fiebre u otra sintomatología asociada con la pérdida objetiva de la salud, el entorno del mismo no cree que se trate de una enfermedad y se da el hecho de que su familia habitualmente no lo estimula a una óptima adherencia terapéutica y generalmente le sugiere cosas derivadas del sentido común como “pon de tu parte” o “si tomas unas vacaciones te pondrás bien”.

Cabe resaltar que, inclusive su médico de cabecera u otros amigos médicos le dan sugerencias de este mismo tipo, derivadas más del sentido común que de su compleja realidad de salud; es por esto que la psico-educación familiar es de vital importancia para la adherencia al tratamiento. Durante los periodos de hospitalización debe insistirse en que es una enfermedad y no se trata de una simulación de enfermedad.

Lo real es que uno de los pacientes que más necesita del apoyo y sostén que brinda la familia es el paciente depresivo, particularmente aquel que tiene ideación o ha cometido intento de suicidio. Así pues, de toda esta exposición se

puede establecer que la experiencia de que la familia esté presente durante el internamiento y no solo en días de visita, y pueda vivenciar todo el proceso de evolución y recuperación del paciente, trae como consecuencia, que éste al terminar el internamiento haya aprendido no solo a identificar los pródromos que anuncian una recaída y así concurrir prontamente para una valoración, sino a valorar en su justa medida el apoyo con valor terapéutico que pueden proveerle sus personas afines. No menos importante es el hecho de que la familia conozca las características de la enfermedad que padece su familiar y conociéndolas, pueda desarrollar mejores estrategias o formas para apoyar de la mejor manera o de forma más efectiva al paciente, esto contribuiría a optimizar o tornar más funcionales las interacciones dentro del sistema familiar. Parece así, un hecho categórico que la recuperación del paciente es más rápida cuando no está aislado de sus familiares y o amigos.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe recomendar que el grupo de apoyo social, la familia o en su defecto amigos del paciente, esten presentes durante la fase aguda de hospitalización del paciente deprimido, tomando en consideración aquellas familias en las que la emoción negativa expresada es alta. Ello es importante porque facilita que el psicólogo, el psiquiatra y el resto del personal de salud mental puedan intervenir profilácticamente y de esta manera reducir el porcentaje y duración de los ingresos hospitalarios.

Es importante mencionar en este punto, las características del cuadro del paciente deprimido, lo que permitirá comprender e hipotetizar en qué aristas

resulta más necesaria la presencia e influencia de la familia en tanto red de apoyo social (Hales, 2005; Spijker et al., 2002). Así, las quejas somáticas son prevalentes en pacientes de atención primaria de salud como cansancio, falta de energía, apatía, perturbaciones en el sueño, palpitaciones, cefalea occipital, tensión en hombros (Tylee & Gandhi, 2005) Por su parte, en su texto de “Terapia Cognitiva de la Depresión”, Beck (1979) refiere que una Terapia Cognitiva de la Depresión, se debe a que crecientemente estamos más inmersos en lo que define como la “Era de la *Melancolía*”, en que la depresión se cierne como una sombra cada vez mas amenazadora sobre la vida de las personas y se caracteriza por una ascendente prevalencia a pesar del desarrollo de los medicamentos más recientes o de última generación, evidenciada en la creciente presencia de pacientes que no responden a los medicamentos y una tasa relativamente alta de recaídas en pacientes tratados farmacológicamente, tal vez explicado por la clásica idea de que los medicamentos pueden aliviar la sintomatología, depresiva, pero no las causas derivadas de la “vida real” que la produjeron.

A ello se añade, en muchos pacientes, el rechazo a los medicamentos por razones personales o por efectos secundarios desagradables, así como la dependencia excesiva de fármacos en otros pacientes, lo que inhibe la utilización por parte del paciente de sus propios recursos personales, de aquí que defienda su propuesta psicoterapéutica a partir de la posibilidad de aprender algo de la experiencia y con ello se logren efectos profilácticos.

Con estos elementos de juicio expuestos se puede pasar a encontrar desde un punto de vista metodológico, los justificativos así como plantear el problema y exponer los objetivos generales y específicos propios de la parte metodológica.

Estadísticamente la depresión ha ido en aumento a partir de la segunda guerra mundial, y para el 2020 se proyecta que la depresión ocupe el 2^{do} lugar entre todas las discapacidades. Ecuador no escapa a esta realidad, y así, en el servicio de psiquiatría del Hospital del IESS en la ciudad de Guayaquil, es el primer diagnóstico y la primera causa de ingreso al área de hospitalización. La depresión es motivo de un costo económico alto, tanto para el paciente que deja de trabajar y por ende producir para si y la familia, así como por el ausentismo laboral y el mal rendimiento laboral que implica. Intrafamiliarmente el sistema y los subsistemas se afectan, dada la sintomatología que incide sobre las relaciones interpersonales como, la irritabilidad, la pérdida del interés por las ocupaciones habituales, y en casos extremos una franca anhedonia.

Con mucha frecuencia en clínicas y hospitales de especialidad del Ecuador, la tendencia es que durante el periodo de hospitalización se aisle al paciente de su contexto familiar y de amigos, lo que puede contribuir a alargar el tiempo de estancia, crear inseguridad en el paciente así como desarrollar sentimientos de abandono que en todo caso hacen más tórpida la evolución.

El presente estudio será de gran importancia, ya que contribuye a demostrar que el apoyo social y en particular el

sistema familiar como la parte más íntima de este, puede cooperar a tener una evolución más rápida (Hatchett et al., 1997) y así disminuir los costos hospitalarios, como también –y sobre todo, desde una perspectiva humanista- disminuir el sufrimiento del paciente. Significará además un aporte teórico al contribuir a una mayor comprensión de cómo influye la funcionalidad familiar (Siegel, Turner, & Haselkorn, 2008), en tanto la más importante red de apoyo social de las personas a optimizar el restablecimiento de la salud mental y general en el caso de las personas deprimidas.

Nace de todo lo anterior la siguiente pregunta: ¿Cómo contribuyen las redes de apoyo social familiar a la evolución clínica de los pacientes deprimidos que ingresan al servicio de psiquiatría del hospital regional del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?

Diseño

Se trata de una investigación mixta con un componente principal cuantitativo y parte de cualitativo ya que se apoya en los datos fundamentales en la calificación del cuestionario de Beck para evaluar la depresión con la finalidad de evolucionar al paciente y también el cuestionario de FFSIL en busca de una idea clara acerca de la funcionalidad familiar del paciente y de cuáles son las áreas en que la relación familia paciente es funcional/disfuncional.

En cuanto al enfoque cualitativo se utilizará como instrumento una entrevista semi-estructurada con la finalidad de tener una imagen o retrato de

apoyo al paciente por parte de su familia contribuye a mejorar la respuesta a la depresión en un marco de apoyo psicológico y psicofarmacológico.

Método

Participantes

Se trabajó con 20 pacientes de manera intencional y no probabilística, se tomó como criterio de inclusión a aquellos pacientes que acuden para ser atendidos en el servicio de psiquiatría por evidentes manifestaciones de depresión de ingreso hospitalario.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada: Es una entrevista orientada a obtener datos del nivel de satisfacción del paciente con respecto al tipo de apoyo brindado por familiares o amigos. La entrevista constituye la técnica por excelencia de las ciencias psicológicas, y para la realización de estudios de casos. Específicamente la entrevista semiestructurada permite indagar en aquellos temas relevantes a la investigación, ya que aunque se basa en una guía de preguntas pre-formuladas por el investigador, deja abiertas las posibilidades de que en el mismo curso del diálogo, puedan surgir otras interrogantes que resulten enriquecedoras en la comprensión del objeto de estudio.

Inventario de Depresión de Beck: El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Cuestionario de apoyo social y relaciones íntimas: se utilizó el cuestionario de Irwin y Sarason, modificado para adaptarlo a investigaciones con pacientes hospitalizados; consta de ítems a través de los cuales se evalúan los diferentes tipos de apoyo social entre los cuales está la forma de apoyo afectivo, motivacional, financiero, instrumental etc. El cuestionario tiene una segunda parte que evalúa las relaciones íntimas percibidas, tratando de conocer cuál es la persona más significativa para el paciente y cómo se relaciona desde el punto de vista del apoyo social (Cohen, 2000).

Cuestionario de Relaciones Familiares FFSIL: La prueba denominada FF-SIL desarrollada en Cuba (Louro, 2002) evalúa las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica funcional de los miembros de la familia. Las dimensiones que evalúa el instrumento son: Cohesión, Armonía, Comunicación, Adaptabilidad, Afectividad, Rol y Permeabilidad.

Procedimiento

Entre los meses de julio a diciembre del 2012 se procedió a tomar la muestra de pacientes que ingresaron al servicio

de psiquiatría del Hospital Doctor Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. Estos pacientes ingresaron provenientes de la consulta externa del servicio de psiquiatría o del servicio de emergencia del mismo hospital. Una vez ingresados se realizó una nota de ingreso por parte del residente de guardia y la historia clínica psiquiátrica en su forma breve. A los pacientes con impresión diagnóstica de depresión se les administró entre el primero o segundo día de ingreso el test de Beck para depresión de 13 ítems en forma auto aplicada, Luego se procedió a realizar la entrevista semi-estructurada con cada paciente y en otro día se le pidió al paciente que llenara el test de funcionamiento familiar.

La prueba de depresión de Beck (1979) se aplicó con criterios de TEST – RETEST en el momento de ingreso y egreso de la institución respectivamente, para evaluar el grado de progreso del trastorno durante la hospitalización.

Los resultados obtenidos se contrastaron con el tipo de apoyo social percibido por el paciente así como con el grado de funcionalidad de su correspondiente familia. Para dicho análisis cuantitativo se utilizará el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales en su versión 18 (SPSS 18), a partir de la base de datos contruidos con tales propósitos, los datos cualitativos procedentes de la entrevista semi-estructurada, la segunda parte del cuestionario de apoyo social, así como las sub-escalas del test de FFFIL se utilizarán para ilustrar las especificidades de los resultados encontrados.

Para cubrir los aspectos éticos se incluyó una planilla de consentimiento informado para cada paciente.

R

esultados

posteriormente a cada una de las preguntas formuladas, las cuales serán descritas a continuación:

Pregunta científica 1: ¿cuáles son las formas de expresión de las redes de apoyo social familiar del paciente deprimido?

Principalmente se dio respuesta a lo cualitativo desde lo clínico idiográfico y

Tabla 1
Percepción de apoyo por el paciente

	Apoyo Emoc.	Apoyo Inform	Apoyo Instrum Económ	Apoyo Instrum práctico	Apoyo estima	Apoyo Motivac
N (Válidos)	21	21	21	21	21	21
Media	3.81	3.76	3.71	3.38	4.14	4.43
Desviación Típica.	1.289	1.338	1.617	1.499	1.315	1.248
Varianza	1.662	1.790	2.614	2.248	1.729	1.557
Asimetría	-.693	-.903	-.898	-.632	-1.602	-2.295
Curtosis	-.714	-.233	-.922	-1.167	1.564	4.355

Como puede apreciarse en la Tabla 1, los tipos de apoyo mejor valorados por los pacientes son: el apoyo motivacional (4,43), el apoyo de estima (4,14), y en menor medida el apoyo emocional, y los menos valorados son el apoyo instrumental práctico (3,38), el apoyo instrumental económico (3,71) y el apoyo informativo (3,76).

Salta a primera vista que los tipos de Apoyo que resultan más percibidos son aquellos que tienen que ver con una mirada fenomenológica, subjetiva y vivencial, que resulta coherente con la situación vital que están atravesando estas personas, en que su estado anímico está deprimido y tiende a inmovilizarlos, por lo que sus familiares tienden

a incentivarles (apoyo motivacional) y reconocerles su valía personal (apoyo de estima), aunque en menor medida está presente el apoyo emocional que resultaría muy necesario para estas personas, dado que les transmitiría la certeza de ser amados, algo sumamente importante para remontar la parálisis derivada de la depresión.

Por otra parte, los tipos de apoyo social menos valorados tienen que ver con componentes operativos, prácticos, de la vida cotidiana de los que el paciente deprimido, en su estado de hospitalización, también se encuentra relativamente privado; así, el tipo de apoyo menos valorado es el referente al apoyo instrumental económico (3,38), seguido del apoyo

instrumental práctico (3,71) y en menor medida el apoyo informativo (3,76).

Desde los resultados de la Observación, pudo apreciarse como dato que confirma este análisis que la familia constantemente está animando al paciente, en el sentido de que se va a recuperar y que pronto estará en casa y luego en el trabajo; es decir continuamente lo está motivando a salir adelante. Con frecuencia se veía durante la estancia como el familiar animaba al paciente a salir de su habitación y lo acompañaba a caminar por otras áreas del hospital o lo llevaba a la terraza, y lo animaba a involucrarse en el grupo de ejercicios aeróbicos para pacientes.

Pregunta científica 2: ¿cómo evolucionan habitualmente los pacientes deprimidos en el contexto de la hospitalización?

Como criterio de evolución de los pacientes tomamos la diferencia entre las medidas del Cuestionario de Beck, en el momento del ingreso y al ser dados de alta, triangulados con los datos de la Observación en Sala y las conversaciones tanto derivadas de la Entrevista, como de conversaciones informales con los miembros de la Familia, resultando necesario precisar que al inicio del ingreso, y como criterio para el mismo, todos los pacientes tenían un diagnóstico de similar severidad. En función de ello obtuvimos los siguientes resultados orientadores:

Tabla 2
Calificaciones y diferencia Beck antes y después

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Típica					
BECK 1	21	26	36	31,90	3,360
BECK 2	21	9	22	17,33	3,799
DIF BECK 1-2	21	7	22	15,05	3,879
N válido	21				

Se toma entonces, dicotómicamente, como buena evolución a aquellos sujetos por encima de la media (15,05) y como mala evolución aquellos por debajo. A partir de estos criterios encontramos que:

Tabla 3
Evolución de los pacientes según las diferencias antes y después en el cuestionario de BECK

Evolución	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poca evolución	11	52.4	52.4	52.4
Buena evolución	10	47.6	47.6	100.0
Total	21	100.0	100.0	

Como pudo apreciarse, aunque en todos los casos se produce una evolución favorable, su magnitud no es similar y casi proporcionalmente poco más de la mitad (11 para un 52,4%) de los participantes tuvo una discreta evolución, en tanto evolucionaron más favorablemente los restantes (10 para un 47,6 %). Esto no resulta sorprendente, dada la severidad

de los cuadros clínicos y su resistencia a una evolución favorable, aún con óptimas intervenciones clínicas.

Como criterio complementario de la evolución de los pacientes se tomó en consideración los días de estadía de los pacientes en la condición de hospitalización.

Tabla 4
Criterios tiempo de estancia

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica.	Asimetría	Curtosis
Tiempo de estancia	21	11	20	17.67	2.689	-.987	.032
N (válidos)	21						

En función de ello se establecieron los criterios de POCOS DÍAS (11-16 días) Y muchos días (17-21 DÍAS), obteniéndose los resultados de la Tabla 5.

Tabla 5
Clasificación días de estadía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pocos días	7	33.3	33.3	33.3
Muchos días	14	66.7	66.7	100.0
Total	21	100.0	100.0	

Como puede apreciarse, el proceso de hospitalización del paciente deprimido grave se mueve en el entorno promedio de 17,67 días, evidenciándose que dentro de este rango, la mayoría (14 para un 66,6%) tiende a permanecer muchos días, incluso como veremos mas adelante con independencia de su evolución favorable.

Con el fin de obtener mayor precisión en lo referente a la evolución de los participantes, se cruzaron ambos criterios, evolución y días de estadía, obteniendo el siguiente resultado que nos permitía cualitativamente identificar (ver número de pacientes indicado entre paréntesis en la Tabla 6, los pacientes de franca mejor evolución con aquellos de evolución más irregular:

Tabla 6
Contingencia. Evolución – días de estancia hospitalaria

	Pocos días	Muchos días	Total
Poca evolución	4	7	11
		(3, 5, 6, 8, 9, 18, 19)	
Buena evolución	3	7	10
	(11, 12, 13)		
Total	7	14	21

Como se puede apreciar, la evolución clínica de los pacientes depresivos a partir de los criterios establecidos metodológicamente, se comporta con una relativa proporcionalidad; en la mayoría de los casos, con una estadía más prolongada con independencia de si evoluciona o no favorablemente. Sólo unos pocos casos (3) cumplen con el requisito deseable de una buena evolución en pocos días.

Pregúnta científica 3: ¿cómo se relacionan las redes de apoyo social familiar con la evolución clínica de los pacientes deprimidos en el contexto de la hospitalización?

Para dar respuesta al presente objetivo, se decidió apelar a tablas de contingencias derivadas de los análisis anteriores, y en esta ocasión añadiendo un análisis de la funcionalidad familiar, por su estrecha relación potencial con la percepción de la presencia y efectividad de las redes de apoyo social. Con vistas a un análisis más simplificado, también se apeló a la dicotomía de la variable funcionalidad familiar, a pesar de que originalmente en el FF-SIL existen más niveles de análisis.

Tabla 7
Comportamiento funcionalidad familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familias menos funcionales	9	42.9	42.9	42.9
Familias más funcionales	12	57.1	57.1	100.0
Total	21	100.0	100.0	

A partir de este resultado, se buscaron las relaciones existentes entre la buena evolución del paciente deprimido y la funcionalidad familiar, obteniéndose los siguientes resultados que también

nos permitieron identificar, tras Análisis Visual de la Base de Datos (AVD), los casos concretos de mejor o menor evolución, en relación con la funcionalidad familiar (Tabla 8).

Tabla 8

Tabla de contingencia evolución – funcionalidad de funcionalidad familiar

	Familias menos funcionales	Familias mas funcionales	Total
Poca evolución	7	4	11
Buena evolución	2	8	10
Total	9	12	21

En el Análisis Visual de Datos (AVD) se halló una relación entre la evolución del cuadro clínico y la funcionalidad familiar, en que la tendencia era que la funcionalidad familiar se relacionaba estrechamente con una mejor evolución clínica. Para confirmar este dato, y a pesar de tratarse

de una muestra de pequeño tamaño, se apeló a un coeficiente de correlación, que confirmó esta percepción como se puede apreciar en la Tabla 9, en que se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,49 que confirma la apreciación.

Tabla 9

Coefficiente de correlación de KENDALL

		Evolución	Funcionalidad familiar
Evolución	coeficiente de correlación	1.000	.440*
	sig. (bilateral)	.	.049
	n	21	21
Funcionalidad familiar	coeficiente de correlación	.440*	1.000
	sig. (bilateral)	.049	.
	n	21	21

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede apreciar de los análisis, los mismos apuntan a confirmar (Louro, 2002) el enorme valor potenciador y promotor de salud de una buena funcionalidad familiar. Veamos entonces cómo se comporta la evolución del cuadro clínico del paciente deprimido en su relación con las redes de apoyo social, básicamente familiares, a su alcance en períodos de hospitalización.

los Objetivos más complejos de responder, por cuanto –como analizábamos en el Objetivo 1- la casi totalidad de pacientes mostró satisfacción y buena percepción del apoyo recibido durante su hospitalización, aunque resultando paradójico que varios de los pacientes de mejor evolución (Taylor, Sherman, & Kim, 2004) eran de los que mas insatisfechos se encontraban con el apoyo general recibido.

A pesar de ser el objeto fundamental de la presente investigación, este fue uno de

En la intencionalidad de hacer al menos una aproximación más congruente

con nuestras consideraciones iniciales, nos propusimos también dicotomizar la variable Apoyo Social Total para especificar su posible influencia en la evolución del cuadro clínico del paciente deprimido hospitalizado:

Se estableció entonces un punto de corte ligeramente superior a la media y cercano a la mediana que nos dividiera el grupo en “Buena Percepción del Apoyo Social Recibido” y “Mala Percepción del Apoyo Social Recibido” (Véase Tabla 10).

Tabla 10
Percepción de apoyo social total recodificado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poca percepción de apoyo social total	10	47.6	47.6	47.6
Alta percepción de apoyo social total	11	52.4	52.4	100.0
Total	21	100.0	100.0	

A continuación, se trabaja en el análisis de contingencias entre el apoyo total percibido y la evolución clínica de los participantes, obteniéndose un resultado paradójico, acorde a las expectativas, que apuntaban a que los pacientes de mejor

evolución tienen una menor percepción de Apoyo Social Total, en tanto los pacientes de menor evolución tienen una mayor percepción de apoyo social (Véase Tabla 11).

Tabla 11
Relaciones entre evolución y percepción de apoyo social

	Baja percepción de apoyo social total	Alta percepción de apoyo social total	Total
Poca evolución	2	9	11
		(1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 17, 19)	
Buena evolución	8	2	10
	(10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20)		

Esta información fue complementada y confirmada a través de la aplicación del coeficiente de Correlación de Kendall (para muestras no paramétricas) que

indican una elevada correlación inversa entre el apoyo social total percibido y la evolución clínica de los pacientes (Véase Tabla 12).

Tabla 12
Resultados del coeficiente de correlación de KENDALL aplicado a las relaciones entre evolución clínica y apoyo social total percibido

		Evolución	Apoyo percibido
Evolución	Coeficiente de correlación	1.000	-.618**
	Sig. (bilateral)	.	.006
	N	21	21
Apoyo percibido	Coeficiente de correlación	-.618**	1.000
	Sig. (bilateral)	.006	.
	N	21	21

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

Aunque estos resultados fueron inesperados, pueden ser analizados mediante dos hipótesis tentativas: en primer lugar, habría que partir de que el apoyo social, desde la dimensión de *lo percibido*, deviene en una categoría fenomenológica, es decir permeada de subjetividad (Davis, Morris, & Kraus, 1998), razón por la cual los pacientes de mejor evolución, con una posición muy centrada en su esfuerzo personal por seguir adelante, pueden no sentirse suficientemente apoyados en su empeño de salir adelante a pesar de la existencia objetiva del apoyo (Roca, & Pérez, 1999). Por otra parte, los pacientes de menor evolución, relativamente paralizados en su desempeño, pueden tener una visión más positiva, aunque no necesariamente realista de las acciones de

sus fuentes de apoyo de las que sienten una mayor dependencia; un dato interesante en este sentido es que la casi totalidad de los pacientes de poca evolución valoran muy positivamente el apoyo de Estima, y en mucha menor medida el instrumental práctico, siendo este último el único valorado positivamente por los pacientes de buena evolución.

En segundo lugar se podría hipotetizar, aunque no fuera lo conceptual y lógicamente esperado, relaciones no necesariamente lineales entre apoyo social total percibido y funcionalidad familiar; en otras palabras, un sistema familiar objetivamente funcional puede no ser percibido como fuente competente de apoyo social, y viceversa (Véase Tabla 13).

Tabla 13
Relaciones apoyo social total percibido y funcionalidad familiar

	Baja percepción de apoyo social total	Alta percepción de apoyo social total	Total
Fammenosfunc	3	6	9
Fammasfunc	7	5	12
Total	10	11	21

Como se puede apreciar (Véase Tabla 13), se produce una relación más dispersa, pero aún así con una cierta tendencia a relaciones inversas entre funcionalidad y apoyo social percibido. Para confirmar esto se aplicó un coeficiente de correlación de Kendall, obteniéndose una medida de -0.248 de baja relevancia, y que está diciendo poco acerca de las relaciones entre estas variables. Estos resultados no esperados convocan a continuar esta línea de investigación haciendo énfasis en la precisión de los constructos a estudiar, así como de los procedimientos metodológicos para su evaluación.

A modo de síntesis, se puede afirmar en lo referente a la Pregunta Científica # 3, que esta ofreció polémicos e interesantes resultados, donde los resultados obtenidos no confirman lo conceptualmente esperado, es decir, el apoyo social percibido no resulta un buen predictor de la evolución clínica del paciente deprimido hospitalizado, sino todo lo contrario. No obstante, la funcionalidad familiar si demostró ser un buen predictor de dicha evolución, en tanto evolucionaban mejor las personas pertenecientes a familias funcionales, aún cuando las mismas no fueran percibidas como efectivas redes de apoyo social. Investigaciones posteriores deben encaminarse a una más profunda comprensión del componente percibido del apoyo, como a sus indicadores objetivos muchos de ellos presentes en la funcionalidad familiar, que no fueron objeto de este trabajo, pero que pueden tener un protagonismo especial en la evolución del paciente deprimido hospitalizado.

Discusión

Se pudo apreciar que como tendencia existe un significativo grado de satisfacción de los participantes con el apoyo social recibido, en particular con la valoración positiva de la presencia física del familiar acompañante (Strazdins, Lyndall, Broom, & Dorothy, 2002), durante el proceso de institucionalización hospitalaria, siendo las formas de expresión más percibidas aquellas que tienen que ver con el componente fenomenológico, vivencial, aunque en menor medida aquellas que tienen que ver con aspectos del desempeño más ejecutivo, estas últimas las mejor evaluadas por los pacientes de mejor evolución.

No obstante estos resultados tienen componentes paradójicos cuando se les relaciona con la buena o mala evolución clínica (Leskelä et al., 2006) donde no aparecen elementos convincentes, sino todo lo contrario (Bolger & Amarel, 2007), resultando evidente que lo que si viabiliza una buena evolución clínica es la pertenencia a una familia esencialmente funcional. Esto último, es un importante aspecto a tomar en consideración en la continuidad de este trabajo, por sus implicaciones tanto epistemológicas referentes a los constructos con que se opera, como en sus implicaciones metodológicas referentes a la *afinación* del instrumental a utilizar para evaluar constructos de elevada complejidad.

Esta investigación demostró la importancia que tiene una mirada idiográfica, de las especificidades de cada paciente, que sugieren que en estudios posteriores se apele a estrategias más cualitativas al estilo

de Estudio de Casos en profundidad, que permitan explicar aspectos paradójicos como los encontrados en la investigación.

Conclusiones

Existe un importante grado de satisfacción declarado de los participantes con el apoyo social recibido, siendo las formas de expresión más percibidas aquellas que tienen que ver con el componente fenomenológico, vivencial, aunque en menor medida aquellas que tienen que ver con aspectos del desempeño más ejecutivo.

El resultado más relevante resultó del hecho de que el apoyo social percibido no resulta un buen predictor de la evolución clínica del paciente deprimido hospitalizado, sino que los resultados objetivos sugieren lo opuesto. No obstante, la funcionalidad familiar sí demostró ser un buen predictor de dicha evolución, en tanto evolucionaban mejor las personas pertenecientes a familias funcionales, aún cuando las mismas no fueran percibidas como efectivas redes de apoyo social. Ello sugiere profundizar en el esclarecimiento teórico y metodológico de las relaciones entre apoyo social percibido y funcionalidad familiar. Los resultados tienen aplicación inmediata en el sentido de la legitimación de la presencia de familiares acompañantes como eficaz red de apoyo social durante la hospitalización del paciente deprimido que tributan a una mejor evolución y sensación de bienestar por parte del paciente, sobre todo mientras más funcional sea la familia.

Entre las recomendaciones se pueden establecer el realizar estudios similares, pero a mayor nivel de indagación cualitativa que brinden profundidad a la comprensión de los datos (Hernández et al., 2010), así como la realización de estudios longitudinales y prospectivos dirigidos en la misma dirección. Particular atención debe brindársele en este sentido al esclarecimiento de las posibles diferencias de la influencia del apoyo social cuando es visto desde lo fenomenológico percibido o desde su evidente acción objetiva. En este sentido, investigaciones posteriores deben encaminarse a una más profunda comprensión del componente percibido y vivenciado del apoyo, así como a sus indicadores objetivos, muchos de ellos presentes en la funcionalidad familiar, pero que no fueron objeto de la presente Investigación y pueden tener un protagonismo especial en la evolución del paciente deprimido hospitalizado.

De igual forma, es importante, estudiar la especificidad de otros cuadros clínicos, variable que pudo estar matizando los polémicos resultados encontrados, por la tendencia del paciente deprimido a sesgar en una dirección negativa su percepción de la realidad; perfilar el instrumental metodológico que se utilice en investigaciones similares, que privilegien las explicaciones que permitan una mayor comprensión de la persona en estudio, desde su propia perspectiva; y finalmente, divulgar los resultados encontrados entre los decisores de políticas institucionales que tributen a viabilizar acciones institucionales encaminadas al incremento de la participación de las redes de apoyo social familiar en el restablecimiento u optimización de la salud de algún miembro enfermo.

R

Referencias

- American Psychiatric Association, (2003). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aranaz, J.M., Aibar, C. Gea, M. T., & León, M. (2004). Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Medicina Clínica*, 123(1), 21-5.
- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
- Ares, P. (1993). *Mito o realidad. Algunas consideraciones para el estudio de la familia como objeto de investigación científica*. La Habana: Facultad de Psicología.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Borwer: Desclée.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública*, 46, 417-424.
- Bertalanffy, V. (1986). *Teoría General de los Sistemas, fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, (3), 458-475.
- Brugha, T. S. (1995). *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Castro R., Campero, L., & Hernández B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Saúde Pública*, 31 (4), 425-435.
- Chwalisz, K. & Vaux, A. (2000). Social support and adjustment to disability. En T. Elliot, & R. Frank (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology*, (pp. 299-309). Washington, D.C.: American Association.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life events. *Psychosomatic Medicine*, 38, (5), 300-314.
- Cohen, S. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social*. Oxford: University Press.
- Davis, M., Morris, M., & Kraus, L. (1998). Relationship-Specific and Global Perceptions of Social Support: Associations With Well-Being and Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 468-481.
- García, E. (2009). Apoyo Social: Estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. *Psiquiatría.com*, 13(3).
- Hales, R. (2005). *Textbook of psychiatry, Third Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Hammen, L. (1997). *Depression*. Hove: Psychology Press.
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P., & Wadhwa, N. (1997). Interpersonal Expectations, Social Support, and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 560–573.
- Horwitz, N., Florenzano, R., & Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 98(2), 144-155.
- Ingram, R. (2011). *The International Encyclopedia of Depression*. New York: Springer Publishing Company.
- Keitner, G., & Miller, I. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1128-1137.
- Kendle, K., Thornton, L., & Gardner, C. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1243-1251.
- Kessler, R., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kin, H., Sherman, D., & Taylor, S. (2008). Culture and Social Support. *American Psychologist*, 63(6), 518-526.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In A. Nan Lin, and W. M. Ensel, (Eds.), *Social support, life events, and depression*, (pp. 17-29). Florida: Academic Press.
- Louro, I. (2002). *Manual para la intervención en la salud familiar*. La Habana: Ciencias médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Nasser, E., & Overholser, J. (2005). Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(2), 125-32.
- Paykel, E. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50-58.
- Pierce, R. (1997). *Sourcebook of social support and personality*. New York: Plenum Press.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117-1125. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004
- Roca, M., & Perez, M. (1999). *Apoyo Social. Su significación para la salud humana*. La Habana: Felix Varela.
- Roca, M. (2013). *Psicología Clínica. Una mirada desde la Salud humana*. La Habana: Felix Varela.
- Roehrl, B., & Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: a meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 464–476.

- Roy, R. (2011). *Social Support, Health, and Illness: A Complicated Relationship*. Toronto: University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division.
- Sampieri, R., Collado, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Siegel, S., Turner, A., & Haselkorn, J. (2008). Adherence to disease-modifying therapies in multiple sclerosis: Does caregiver social support matter? *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 73–79.
- Sheldon, C., (1985). Stress social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 2, 310-317.
- Spijker, J., Graaf, R., Bijl, R., Beekman, A., Ormel, J., & Nolen, W. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.
- Strazdins, L., Broom., & Dorothy, H. (2002). The mental health costs and benefits of giving social support, *International Journal of Stress Management*, 14(4), 370–385.
- Taylor, E., Sherman., David, K., & Kim, H. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 354–362.
- Thoits, P.(1995).A stress, coping and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
- Tylee,A., & Gandhi, P. (2005). The Importance of Somatic Symptoms in Depression in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4), 167–176.