

**PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA**

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Castañeda Gussinyé, Jaime

El Apoyo Social como Amortiguador de la Desesperanza en Padres de Niños Hospitalizados

Psicología Iberoamericana, vol. 14, núm. 2, diciembre, 2006, pp. 36-45

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920321005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El Apoyo Social como Amortiguador de la Desesperanza en Padres de Niños Hospitalizados

Social Support Used to Dampen Parents' Helplessness as they Have Hospitalized Children

Jaime Castañeda Gussinyé
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Resumen

La presente investigación trata de correlacionar el apoyo social y la desesperanza en padres de niños hospitalizados. La muestra fue de 16 padres y 56 madres, de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, entre 17 y 45 años, cuyos hijos estaban internados en el Hospital Pediátrico de Legaria.

Se desarrolló y validó un instrumento (DASH 2) con 24 reactivos tipo Likert que exploraban el nivel de apoyo social y 24 reactivos de tipo verdadero falso, dirigidos a la medición de la desesperanza, para después correlacionarlos por medio de un análisis estadístico y psicométrico que dio como resultado una correlación de Pearson de $-.363$, la cual confirma la hipótesis de la investigación. La primera sección obtuvo un α de Cronbach de $.8998$ y la segunda obtuvo una puntuación de $.7436$ en la prueba KR-20.

Descriptores: apoyo social, desesperanza, hospitalización, mecanismos de afrontamiento, redes de apoyo.

Abstract

The present study aims to correlate social support and helplessness in parents who have hospitalized children. The sample was made up by 16 fathers and 56 mothers of medium-low and low socioeconomic statuses, ranging from 17 to 45 years old, which children were interned at the Legaria Pediatric Hospital.

A valid scale was developed (DASH 2) with 24 Likert type items, exploring the level of social support and 24 true/false items, meant to measure helplessness, in order to consequently correlate throughout statistic and psychometric analysis which resulted in a Pearson correlation of $-.363$, confirming the research hypothesis. The first section obtained was a Cronbach α of $.8998$, and the second one obtained was $.7436$ in the KR-20 test.

Key words: social support, helplessness, hospitalization, coping mechanism and support networks.

Introducción

Es imposible estar preparado para enfrentar todo tipo de situaciones en cualquier momento. Sin importar qué tanto se traten de prevenir accidentes y enfermedades, muchas veces el control de estos está totalmente fuera de nuestro alcance. Eso provoca que se den situaciones de crisis, las cuáles llegan de manera inesperada y pueden tener efectos devastadores.

La hospitalización de un hijo es una de estas situaciones que no se pueden prevenir, además de que sus efectos nunca podrán ser conocidos del todo si no se experimenta directamente. Por lo anterior, pueden desarrollarse cuadros de desesperanza tanto en los

padres como en los hijos en el ámbito hospitalario, ya que se experimentan tres factores fundamentales de la misma: una falta de control de la situación, que se combina con un futuro incierto y con pensamientos fatalistas y pesimistas.

No hay duda de la relación entre una mente sana y un cuerpo sano, tampoco cabe duda de la relación entre el estado de salud de los padres y el de los hijos, por lo tanto, en la medida en que se pueda combatir la desesperanza en los padres, el estado de salud de los hijos podrá mejorar significativamente.

Una de las maneras más efectivas para combatir esta desesperanza es el recurrir al apoyo social, tal y como las investigaciones de Hughes, en 1994, lo

comprobaron. Este investigador encontró que los padres de niños internados en una unidad neonatal de cuidados intensivos recurrían a estrategias de enfrentamiento en común, siendo la más eficaz la búsqueda de apoyo social, es decir, el buscar soporte y consejo en personas cercanas (sean familiares, médicos, conocidos o amistades desarrolladas en el hospital).

Con base en estos estudios se eligió el tema de esta investigación, ya que esta es un área de la psicología a la que no se le ha dado la importancia necesaria. El propósito de esta investigación es conocer cuál es la relación entre el apoyo social y la desesperanza, así como también determinar quiénes son los principales proveedores de apoyo social y qué tipo de apoyo brindan, por medio de la aplicación y validación de un instrumento psicométrico.

Para realizar esta investigación se realizaron una serie de análisis psicométricos a los resultados de la aplicación del instrumento DASH 2, en una población de padres y madres de niños hospitalizados. Dichas mediciones consistieron en un análisis de heterogeneidad, análisis de los índices de discriminación y los porcentajes de respuesta. Se evaluaron también la validez, la confiabilidad del instrumento y la validez de constructo a través de un análisis factorial que arrojó cinco factores.

Debido a las características del DASH 2, el análisis psicométrico se dividió en tres partes, la primera correspondió a los reactivos que miden el apoyo social, la segunda a los de desesperanza y la tercera tuvo como objetivo conocer la relación entre ambas variables.

La *desesperanza* es la vivencia de que todo está perdido, por lo cuál cualquier esfuerzo por cambiar la situación es considerado inútil (Wollman, 1984).

A partir de estas definiciones se pueden identificar algunos puntos clave de la desesperanza:

- La desesperanza tiene que ver con el futuro, el cual se ve como algo fuera del control propio y por lo tanto se le percibe como algo desagradable o adverso. Percibir el control como externo se traduce en percibir y sentir el futuro como no programable y no predecible, por lo que se le ve como funesto.
- También se relaciona con el presente, ya que la percepción del futuro se basa en las situaciones actuales, las cuáles, debido a que son desfavorables, provocan que el individuo pierda cualquier esperanza en el futuro.
- Las experiencias de falta de control en el pasado también se relacionan con la desesperanza

en el futuro. Este tipo de experiencias condicionan al individuo y lo convierten en una víctima de la desesperanza aprendida.

Con lo anterior se puede concluir que la desesperanza es un fenómeno que se relaciona con la expectativa del futuro, con base en las situaciones presentes, partiendo de las experiencias pasadas (Beck, Weissman y Texler, 1974).

Además se produce un déficit motivacional, emocional y cognitivo, que lleva a reaccionar menos de lo que realmente es posible. Se alteran así factores motivacionales y también factores cognitivos, por lo que disminuye la capacidad de distinguir opciones y se da lo que Lewis (en Fary, 2001) definió como *inmersión en el presente*, fenómeno que provoca que la esperanza en el futuro se bloquee, por lo que los sujetos desesperan del futuro, ya que tienen una orientación temporal dirigida primordialmente hacia el presente y una capacidad relativamente reducida de aplazar la realización de deseos o de planear para el futuro, por lo que experimentan resignación y fatalismo.

La definición anterior de la desesperanza no indica cómo puede ser medida y cuantificada, por lo cual Beck (1974) y algunos colaboradores realizaron un instrumento encaminado a medir la desesperanza a través de 20 afirmaciones pesimistas respecto al futuro en las cuales se debe contestar si se consideran verdaderas o falsas. La “Escala de la desesperanza de Beck” (Beck Hopelessness Scale) fue concluida en 1974 y considera, a la desesperanza, como un sistema de figuras cognitivas que tienen como denominador común la expectativa negativa acerca del futuro, tanto lejano como cercano (Escobedo, Hernández y Picazo, 2002).

Los estudios de Beck (1972) lo llevaron a concluir que la desesperanza está íntimamente relacionada con la depresión, considerándola un componente fundamental de dos de los tres factores que constituyen la triada negativa de su modelo cognitivo de la depresión. Esta triada negativa consiste en visiones negativas en cuanto al *self*, al funcionamiento del presente y al futuro. La desesperanza se relaciona con la visión negativa del presente y del futuro. Beck concluyó que los individuos desesperanzados sienten que, sin importar lo que hagan nada les saldrá bien, por lo que nunca tendrán éxito en lo que intenten hacer y nunca podrán alcanzar sus metas debido a que sus problemas jamás podrán ser resueltos.

Con base en las conclusiones de Beck (1972), Abramson, Alloy y Metalsky (1989) propusieron la

teoría de la desesperanza, tras continuar con las investigaciones sobre la desesperanza aprendida de Selligman (1975), autor que creía que repetidos fracasos en el pasado condicionan a los sujetos a esperar más fracasos en el futuro, por lo cual se pierde cualquier motivación y se desarrolla la desesperanza. La teoría de la desesperanza (Abramson *et al.*, 1989) postula que antes de que una persona sienta desesperanza sufre de un estilo cognitivo o atributivo negativo y experiencias infortunadas y estresantes, este estilo cognitivo negativo lo lleva a sentir que no tiene control sobre su vida, ya que siente que éste proviene del exterior y es generalizable a todas las circunstancias de su vida. Debido a que los dos factores mencionados en la teoría de la desesperanza están relacionados, algunas personas con pensamientos que tienden a la depresión no se deprimen, ya que evaden la situación y otros que sí la afrontan tampoco se deprimen, ya que evitan los pensamientos negativos. La persona desesperanzada espera que le sucedan cosas malas en áreas importantes de su vida (pesimismo) y cree que las cosas buenas no sucederán, además de que no cree que algo pueda cambiar la situación.

La teoría de la desesperanza explica entonces la depresión con base en los pensamientos pesimistas sobre el futuro, algo contrario a las teorías anteriores que la veían como algo relacionado con las pérdidas en el pasado.

La muerte de un familiar es un pensamiento pesimista sobre el futuro, el cuál del contexto hospitalario adquiere un significado particular, ya que los hospitales son para muchas personas "el lugar donde la gente va a morir", en las salas de urgencias y en la unidad de cuidados intensivos este valor simbólico de la muerte adquiere aún más significado (Lane, 1993).

Por esto el acontecimiento de ir a un hospital es importante y en ocasiones traumatizante, tomar la decisión de que un enfermo ingrese implica un padecimiento grave y por lo tanto la posibilidad de la muerte, la enfermedad no es sólo una alteración biológica, sino también tiene un carácter psicosocial muy grande (Lane, 1993).

La enfermedad de un hijo que termine en una hospitalización es una circunstancia ideal para el surgimiento de la desesperanza, ya que implica que todos los intentos que se hicieron en el pasado por controlar o curar la enfermedad del hijo no funcionaron, por lo cual se debe depositar la responsabilidad de cuidar al hijo en perfectos extraños (Lane, 1993). Éste es un mecanismo muy parecido al de la desesperanza aprendida tal y como la definió Selligman (1975), sólo

que a corto plazo (ya que se desarrolla en el curso de la enfermedad del hijo) y con efectos mucho más devastadores (debido a que repercute tanto en los padres como en el hijo, y confronta a los primeros con la posibilidad de experimentar el duelo más grande de todos: la muerte de un hijo).

Cuando un hijo es hospitalizado, convergen en el presente tanto el pasado como el futuro, provocando la inmersión en el presente. El pasado trae consigo todos los intentos fallidos de control de la enfermedad y el futuro se pone en manos de extraños, perdiendo así la posibilidad de ejercer un control interno.

Es aquí cuando puede surgir la desesperanza en los padres, debido a que sienten que todo lo que hicieron en el pasado fue inútil y por ello ya no hay nada que ellos puedan hacer en este momento para mejorar la situación.

No queda ninguna duda sobre el motivo de la desesperanza en los hospitales pediátricos, éste es un problema que se presenta con mucha frecuencia y sólo puede ser tratado con psicólogos o consejeros trabajando directamente con los padres, dentro de las salas de los hospitales, sin embargo en la actualidad, en muy pocas instituciones se cuentan con servicios de este tipo, ya sea por motivos económicos o de políticas del hospital, sin embargo, los médicos reconocen que el bienestar físico está íntimamente ligado con el psicológico y que ellos no están preparados para tratar la parte emocional de las reacciones postraumáticas en los pacientes, por lo cuál los padres quedan totalmente solos, sin ningún apoyo emocional o psicológico en este estado de crisis (Rubin, 1998).

Para hacer frente a la angustia que esta crisis les provoca, recurren a las llamadas estrategias de afrontamiento. A este conjunto de estrategias se les llama *coping*. Estas son las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales ante una crisis, que sirven para manejar, reducir o tolerar las demandas generadas por la situación (Lazarus, 1997 en Noyes, 1999). Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento van a depender de cada padre y del padecimiento que sufra su hijo.

Hay una gran cantidad de estrategias (y mecanismos) de afrontamiento (*coping*), cada individuo las usa según sus necesidades, situación, experiencias previas y capacidades específicas. Sin embargo, el estudio con padres de niños internados en una unidad neonatal de cuidados intensivos de Hughes, McCollu, Sheftel y Sánchez (1994), encontraron ciertas estrategias comunes, como: comparaciones con casos peores, apoyo informal, darle significado a la experiencia,

minimizar el asunto, confrontar, tomar distancia, autocontrol, buscar apoyo social, aceptar responsabilidad, escape y evitación.

Estas estrategias se pueden dividir en dos categorías, las estrategias individuales y las estrategias grupales. Las estrategias grupales son la búsqueda de apoyo social y el apoyo informal, el cual es un tipo de apoyo social basado en redes de apoyo improvisadas, espontáneas y situacionales.

Según Chak (1996), para la psicología clínica, el apoyo social es concebido como un "amortiguador" del estrés, del agotamiento psicológico, de la soledad y de las demás instancias de enfermedad que pudieran limitar el bienestar físico y psicológico.

En el ámbito clínico y hospitalario, los estudios que se han realizado sobre apoyo social se enfocan en los aspectos cuantitativos (número de personas, tipo de relación, tipo de cuidado, densidad de la red, etc.) en relación con los componentes cualitativos (cercanía, intensidad de afecto, importancia, satisfacción, etc.) (Fary, 2001).

El apoyo social tiene dos componentes básicos, la red de apoyo social y el apoyo social percibido. Al hablar de una red de apoyo social, se está haciendo referencia a un constructo cuantitativo y objetivo, definido por la cantidad de personas, el tipo de relación, etc., mientras que el apoyo social percibido es cualitativo y subjetivo, ya que se basa en las percepciones de la persona sobre la red de apoyo social. Estos dos conceptos son complementarios, no se puede definir uno sin el otro, por lo tanto los investigadores han concluido en agrupar estos dos conceptos diferentes bajo el nombre de apoyo social (Norbeck, Lindsey y Carrieri, 1981).

Las redes de apoyo social se pueden definir como los aspectos observables y objetivos, externos, conductuales y/o fisiológicos. Entre estos aspectos se encuentran, según Fary (2001):

- El tamaño de la red y número de personas de apoyo. El número no es importante como tal, lo importante es su relación con el apoyo, objetivamente recibido o subjetivamente percibido (Norbeck, J.S., Lindsey, A.M. y Carrieri V.L. 1981).
- Frecuencia de comunicación entre las personas, o frecuencia de otros comportamientos específicos de apoyo.
- Densidad, la cual se refiere a la interrelación de los sujetos en un grupo, es decir, las personas se relacionan con otros que a su vez están relacionados entre sí.
- Cohesión, la cual se relaciona con la densidad de la red social, entre más denso sea un grupo, más cohesivo será. Una red densa implica mayor cohesión y por lo tanto mayor cantidad de apoyo mutuo entre los miembros.
- Tiempo de duración de una relación. Éste se puede medir ya sea por diadas, grupos o comunidades.
- Reciprocidad, es decir, qué tanto un vínculo emitido es correspondido por un vínculo recibido.
- Balance entre apoyo dado y apoyo recibido.
- Dimensionalidad de las relaciones. Una relación unidimensional es aquella en la que las personas realizan uno solo tipo de actividad, una relación multidimensional es aquella en la que las personas realizan juntas diferentes clases de actividades o comportamientos sociales importantes (Hirsch, 1979).
- Centralidad, prestigio y centralización. La centralidad se define por el número de vínculos que el sujeto emite, directa o indirectamente, a los miembros de la red. El prestigio se refiere al sujeto que recibe gran cantidad de vínculos de los demás. La centralización es la dispersión entre la centralidad y el prestigio de un individuo de una red.

Los aspectos cuantitativos son importantes para conocer la estructura de la red de apoyo social, sin embargo, no dicen lo más importante: cómo las personas afectan y son afectadas en las relaciones, a través de los componentes objetivos, con base en el punto de vista del individuo.

El apoyo social percibido se basa en la calidad de la relación que da apoyo, a partir de la percepción subjetiva del individuo sobre la satisfacción, la cercanía, la intimidad, la satisfacción deseada, el afecto, la importancia, la disponibilidad, la adecuación, etc. (Chak, 1996).

Stokes (1989) afirma que las mediciones objetivas y subjetivas del apoyo social están poco relacionadas unas con las otras, los factores cuantitativos de las redes de apoyo social no presentan una relación directa con las percepciones subjetivas sobre la calidad del apoyo que dicha red provee. Así, a una mayor red de apoyo social no siempre corresponderá una percepción más satisfactoria del apoyo social y viceversa.

Es posible estimar la calidad de las relaciones a través de las expresiones verbales, no verbales y conductuales, pero es imposible medir los defectos de las relaciones en la subjetividad, ya que no podemos sa-

ber cómo una relación afecta en la experiencia del sujeto y su percepción. Por lo tanto es necesario recurrir al autorreporte y a la autoevaluación para conocer el apoyo social percibido. Lo importante no es medir el apoyo recibido, sino conocer el apoyo percibido (Chak, 1996).

Según Davo (1999), el utilizar el apoyo social como una estrategia de enfrentamiento tiene grandes ventajas, siempre y cuando uno de los miembros de la red no esté deprimido, entre ellas podemos mencionar:

- En el caso del apoyo informal, la reciprocidad es fundamental, ya que se comparten las experiencias y los sentimientos con personas que están pasando por lo mismo, por lo cual es más probable la comprensión.
- Las redes de apoyo sirven para combatir la soledad y el aburrimiento dentro de las salas de los hospitales.
- El apoyo proveído, sobre todo por familiares, puede ser también de tipo económico.
- También en el caso de familiares o amistades cercanas, el apoyo se puede prolongar hasta afuera de la sala del hospital y se pueden hacer cargo de los bienes del padre que está cuidando a su hijo.
- Si se establece una red de apoyo situacional con algún miembro del personal médico, estos pueden proveer información más clara y fomentar la toma de decisiones del padre en relación a su hijo.
- Finalmente, el recurrir al apoyo social como una estrategia de afrontamiento sirve también para desarrollar otras estrategias adaptativas, que tomarán el lugar de algunas estrategias desadaptativas que se presentan más frecuentemente.

En la medida en que los padres perciban un apoyo social satisfactorio, cercano y afectivo, estarán en posibilidades de proveer este mismo apoyo a sus hijos, cooperando así a su recuperación física. Es muy importante que los hospitales se den cuenta de esta realidad, la fomenten y se integren a ella, convirtiéndose en parte de las redes de apoyo social situacionales, ya que así proveerán de los cuidados emocionales que creen que no son capaces de dar y mejorarán el ambiente de las salas de los hospitales, lo cual también hará más sencillo su trabajo y menos estresante el tiempo que los niños y sus padres pasan en el hospital.

Método

La presente investigación trata de determinar si las redes de apoyo y el apoyo social tienen algún efecto en el nivel de desesperanza de los padres y madres de niños hospitalizados, así como cuál es la influencia de las redes de apoyo sobre el nivel de desesperanza, quiénes son los principales proveedores de apoyo social y cuáles son los tipos de apoyo que se proveen. Partiendo de estos objetivos se plantea la hipótesis de trabajo, la cuál plantea que si existe una relación entre el nivel de apoyo social y la desesperanza, en la cuál a mayor nivel de apoyo social, menor será la desesperanza que se presente en la población.

Por lo tanto, las hipótesis estadísticas de esta investigación son:

H_0 : No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo social y la desesperanza que se presente en la población estudiada.

H_1 : Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de apoyo social y la desesperanza que se presente en la población estudiada.

La variable independiente de la investigación, el apoyo social, se define como la combinación e interacción de las redes de apoyo social y el apoyo social percibido de un sujeto. Red de apoyo social se refiere a los aspectos observables y objetivos, externos, conductuales y/o fisiológicos (tamaño de la red, densidad, frecuencia de contacto, etc.) (Fary, 2001). Apoyo social percibido es la calidad de la relación que da apoyo, a partir de la percepción subjetiva del individuo sobre la satisfacción, la cercanía, la intimidad, la satisfacción deseada, el afecto, la importancia, la disponibilidad, la adecuación, etc. (Chak, 1996). El apoyo social se operacionalizará como la puntuación obtenida en la sección 1 del instrumento DASH 2 (reactivos del 1 al 24).

La variable dependiente, la desesperanza, se define como la vivencia de que todo está perdido, por lo cual cualquier esfuerzo por cambiar la situación actual es considerado inútil (Wollman, 1984), ya que el control es percibido como externo, debido a la existencia de un estilo cognitivo negativo y un déficit motivacional (Abramson, 1989). La puntuación obtenida en la sección 3 del instrumento DASH 2 (reactivos del 25 al 48) constituye la operacionalización de esta variable.

Sujetos

Para el presente estudio se empleó un muestreo no probabilístico por cuotas, por medio del cuál se obtuvieron 72 sujetos, 56 mujeres y 16 hombres, de entre 17 y 45 años de edad. Todos los sujetos eran padres o madres de niños internados en el Hospital Pediátrico de Legaria, el padecimiento y el tiempo de internación oscilaba entre menos de una semana a más de dos meses.

Instrumentos

El instrumento con el que se llevó acabo el estudio lleva por nombre Desesperanza y Apoyo Social en Hospitales (DASH 2) (véase instrumento anexo). Consta de tres secciones, la primera tiene como objetivo medir el apoyo social percibido, para formarla se retomaron 12 reactivos de la Escala de provisiones y apoyo social de D. Russell y C. Cutrona (1998, en Fary, 2001), los cuáles fueron adaptados para el contexto y población del estudio y se generaron dos nuevos reactivos. La segunda parte fue realizada específicamente para este estudio y cuenta con ocho reactivos que tienen como objetivo identificar quienes son los principales proveedores de apoyo social y el tipo de apoyo que prestan. La tercera sección cuenta con 22 reactivos de tipo verdadero/falso, 20 fueron tomados y adaptados de la Escala de la desesperanza (Hopelessness Scale) de A. Beck (1974) y dos fueron

redactados para el instrumento. Esta sección tiene como objetivo conocer que tanto sufre de desesperanza el sujeto.

Procedimiento

Para realizar la investigación se siguió el siguiente procedimiento: se desarrolló el instrumento antes mencionado y luego se abordó a los sujetos (siempre y cuando fueran padre o madre del niño internado) en la sala de espera del hospital, principalmente en las horas en las que está prohibida la visita a los pacientes. Se les pidió que contestaran el instrumento de manera individual y en el caso de que no se comprendiera un reactivo, se aclaró el mismo.

Una vez aplicados los cuestionarios, se realizó el análisis psicométrico y estadístico de los datos, obteniendo así las tablas de frecuencia, índices de confiabilidad y validez, análisis factorial y rangos percentilares.

Resultados

Debido a las características del instrumento, para la realización del análisis psicométrico y estadístico se dividió al instrumento en dos secciones, la primera consta de los reactivos del 1 a 24 (reactivos tipo APO) y la segunda consta de los reactivos del 25 al 48 (reactivos tipo DESR).

Tabla 1. Discriminación de reactivos

IND. DISCR. ¹ IND. DISCR. ²			IND. DISCR. ¹ IND. DISCR. ²		
APO1	0.5942	0.7242	DESR1	0.0111	0.5046
APO2	0.6048	0.6853	DESR2	0.1319	0.5195
APO3	0.5723	0.6757	DESR3	0.1136	0.4336
APO4	0.5503	0.5599	DESR4	0.1135	0.2812
APO5	0.3305	0.5097	DESR5	-0.2754	0.2313
APO6	0.5913	0.6258	DESR6	0.1099	0.0659
APO7	0.4673	0.5724	DESR7	-0.0773	0.2350
APO8	0.3933	0.4919	DESR8	-0.3595	0.2845

APO9	0.6066	0.7226	DESR9	-0.0124	0.3288
APO10	0.4406	0.4644	DESR10	-0.1588	0.1903
APO11	0.4506	0.5156	DESR11	0.1746	0.3490
APO12	0.4199	0.5960	DESR12	-0.2199	0.3305
APO13	0.5122	0.5394	DESR13	-0.2026	0.2503
APO14	0.5355	0.5838	DESR14	0.0984	0.0484
			DESR15	0.2351	-0.2324
			DESR16	-0.3133	0.0969
			DESR17	0.0849	0.3450
			DESR18	0.1135	0.4425
			DESR19	-0.0345	0.3511
			DESR20	0.1011	0.4978
			DESR21	-0.0691	0.2569
			DESR22	0.1422	0.3530

IND. DISCR.1 -> Este índice de discriminación se refiere a la correlación item-total de los de apoyo social y los de desesperanza.

IND. DISCR.2 -> Este índice de discriminación se refiere a la correlación item-total de los reactivos de apoyo social o los de desesperanza, según sea el caso de la sección que se analice.

Confiabilidad del instrumento

Los reactivos tipo APO obtuvieron los siguientes resultados:

Alpha de Cronbach= .8998
 Correlación entre las formas = .7791
 Corregido con la fórmula de Guttman = .8733
 Corregido con la fórmula de Spearman-Brown= .8758

Lo anterior indica que los reactivos tipo APO tienen una confiabilidad interna y externa adecuadas, ya que son superiores a .80.

Los reactivos tipo DESR obtuvieron los siguientes resultados:

Alpha equivalente a coeficiente Kuder-Richardson (KR20)= .7436
 Correlación entre las formas= .6674
 Corregido con la fórmula de Guttman = .7999
 Corregido con la fórmula de Spearman-Brown= .8005

Estos resultados también indican que los reactivos tipo DESR tienen una confiabilidad externa adecuada, debido al valor obtenido con la fórmula de Spearman-Brown. La confiabilidad interna no es del todo aceptable, aunque se encuentra cerca de .80.

Validez del instrumento

Para obtener la validez de constructo del DASH 2 se llevó a cabo un análisis factorial de los reactivos APO

y DESR. El método utilizado fue el de componentes principales, con rotación Varimax, buscando el 40 % de la varianza acumulada, sin incluir los reactivos con una carga factorial menor a .30.

Se concluyó que el modelo de cinco factores, con un 47.62% de la varianza acumulada, es el que aporta una base conceptual teóricamente más sólida. De los cinco factores se eliminó un factor, el factor 4, debido a contar solamente con dos reactivos, además de una confiabilidad interna de .1574 y externa de .035, debido a su poco sustento teórico.

Factor 1: Apoyo social percibido

Alpha de Cronbach= .8998
 Correlación entre las formas= .7791
 Corregido con las fórmulas de Spearman-Brown= .8758
 Corregido con las fórmulas de Guttman= .8733

Factor 2: Desesperanza aprendida

Alpha de Cronbach= .6945
 Correlación entre las formas= .5532
 Corregido con las fórmulas de Spearman-Brown= .7124
 Corregido con las fórmulas de Guttman= .7108

Factor 3: Percepción del futuro con base en el presente

Alpha de Cronbach= .6217
 Correlación entre las formas= .5898
 Corregido con las fórmulas de Spearman-Brown= .7412

Corregido con las fórmulas de Guttman= .7412

Factor 5: Inmersión en el presente

Alpha de Cronbach= .5924

Correlación entre las formas= .4160

Corregido con las fórmulas de Spearman-Brown= .5876

Corregido con las fórmulas de Guttman= .5787

Se obtuvo una correlación de Pearson entre el total de las puntuaciones de los reactivos tipo APO y el total de las puntuaciones de los reactivos tipo DESR. La correlación fue de $-.363$, la cuál es significativa al nivel .01.

Esto indica que hay una correlación negativa de nivel significativo medio entre el apoyo social y la desesperanza, es decir, a mayor apoyo social, menor desesperanza, por lo que se acepta la hipótesis de la investigación

Para comprobar estos resultados se llevó acabo otra correlación, esta vez entre el total de las puntuaciones de los reactivos tipo APO, tipo DESR y tipo PERR (que corresponden a la segunda parte del instrumento), la cuál se muestra a continuación:

	Proveedor de apoyo	Desesperanza	Apoyo social
Proveedor de apoyo	1	$-.285^*$	$.782^{**}$
Desesperanza	$-.285^*$	1	$-.363^{**}$
Apoyo Social	$.782^{**}$	$-.363^{**}$	1

*Correlación significativa al nivel .05

**Correlación significativa al nivel .01

Estos resultados son consistentes con los obtenidos con la primera correlación, ya que la cantidad de apoyo (PERR) presenta una correlación positiva de nivel significativo alto con el apoyo social percibido (APO). Además se observan correlaciones negativas medias-bajas entre estos dos factores y la desesperanza (DESR).

Discusión

Los resultados obtenidos del trabajo, indican que si existe una correlación entre la desesperanza y el apoyo social, que aunque no sea tan elevada, indica que existen factores desencadenantes de la desesperan-

za, que a su vez sirven para combatirla una vez que se ha presentado, es decir: las personas que cuenten con un sostén de redes sociales amplio, podrán enfrentar mejor las situaciones de crisis de este tipo y en el caso de las personas que no cuentan con este sostén social, el desarrollo de una estructura de redes sociales puede tener efectos reductivos en el nivel de desesperanza.

Existen patrones definidos en el tipo y la cantidad de apoyo social que cada individuo, dependiendo de su relación con el sujeto de investigación, provee, sobretudo en el caso de lazos familiares. En el caso de amistades o personas ajenas a la estructura familiar del sujeto, la cantidad de apoyo social varía considerablemente, yendo desde casi nula a muy amplia, mientras el tipo de apoyo no muestra tal variabilidad.

Retomando las investigaciones previamente mencionadas de Hughes (1994), se puede considerar que los resultados obtenidos apoyan las conclusiones de este autor, ya que el recurrir al apoyo social es un método de afrontamiento bastante eficaz en este tipo de situaciones de crisis circunstanciales. Sin embargo, no se investigó qué otros métodos de afrontamiento pueden desarrollar los padres de niños hospitalizados, ya que en sí éste no era el objetivo del trabajo.

El presente estudio tuvo varias limitaciones que hacen que los resultados obtenidos no sean aplicables a poblaciones más extensas. El instrumento sólo se aplicó en un hospital, por lo que las características demográficas de los sujetos no fueron muy variables, además de existieron dificultades para la comprensión de los reactivos.

No se pudo hacer una comparación con poblaciones de otros hospitales que arrojará datos más específicos sobre las características de la población. Tampoco se pudo tener contacto con algunos de los familiares para comparar las percepciones sobre el apoyo recibido y brindando.

Además, la obtención de la muestra fue bastante complicada, ya que los sujetos se encuentran sometidos a un estrés muy grande, además de que el poco tiempo libre que tienen prefieren utilizarlo para otras actividades y no para la resolución de un cuestionario. El hecho de que sea un cuestionario basado en las percepciones y opiniones de las personas también limita el alcance de la investigación y además hace que no sea posible. Es importante señalar que el instrumento no permite conocer cuál es la causa de la desesperanza, sino que se dirige sólo a determinar su existencia y magnitud, por lo que cabe la posibilidad de que en algunos casos la desesperanza no sea causa

del internamiento del hijo, y éste funcione sólo como un catalizador.

Finalmente, el cuestionario es muy largo, esto provoca que la gente se canse de contestarlo, una situación que no estaba prevista. Esto puede tener como consecuencia que las respuestas que se dan no sean del todo ciertas. Otras variables extrañas que pudieron interferir en el estudio fueron: el tiempo de hospitalización del hijo, el padecimiento del paciente, el lugar de residencia de los padres, la calidad del servicio de enfermeras, el nivel educativo de los padres, el número de hijos además del paciente y el historial de enfermedades.

Para futuras investigaciones se sugeriría que se recurriera a una población más grande, con características menos homogéneas, también se sugeriría comparar los resultados entre diferentes hospitales, así como entre diferentes grupos de edad, género y enfermedad.

Debido a la correlación negativa existente entre la desesperanza y apoyo social, es necesario proveer un adecuado sostén emocional dentro de las salas hospitalarias, esto puede ser realizado por el personal de la institución, además, sería muy recomendable fomentar la unión familiar en este tipo de situaciones traumáticas, para así elevar la cantidad de apoyo social percibido, disminuyendo así la desesperanza. Esto puede ser realizado mediante campañas en los medios de comunicación, o bien, proveyendo atención psicológica a los padres de niños hospitalizados, en la que se analicen las diversas alternativas con las que cuentan para que así se pueda fomentar la acción dirigida al cumplimiento de estas alternativas.

En el ámbito teórico, una repercusión grande de este trabajo, es que muestra la necesidad de continuar con investigaciones de este tipo en un nivel mucho más general y amplio, que permitan el desarrollo de bibliografía adecuada sobre el tema en base a la cuál se pueda desarrollar un modelo de intervención práctica.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos después del análisis psicométrico de la aplicación del DASH 2:

1. Existe una relación entre la desesperanza y el apoyo social, siendo ésta de tipo negativo, por lo que se observa que cuando se cuenta con mayor apoyo social se presentará menor desesperanza.
2. La disminución de la desesperanza cuando se cuenta con una cantidad de apoyo social significativa

es leve, por lo que deben existir otros factores que estén relacionados.

3. El tamaño de la red de apoyo social, determinado por la cantidad de personas que forman parte de ella (reactivos PERR), influye de manera positiva en la cantidad de apoyo social total que se percibe, por lo tanto, a más personas que apoyen, mayor será el apoyo social total percibido.

A partir del análisis de la segunda parte del instrumento, la cuál no se consideró en el análisis psicométrico, pero sí para un análisis breve en el que se identificó el principal proveedor de apoyo y el tipo de apoyo que provee, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. El principal proveedor de apoyo a los padres o madres en situaciones de hospitalización de un hijo es el cónyuge, seguido por el padre y la madre.
2. El cónyuge provee apoyo tanto económico como emocional, el padre provee apoyo económico principalmente y la madre apoyo emocional básicamente.
3. Los hijos y las personas conocidas en el hospital son los que dan menos cantidad de apoyo.
4. Una tercera parte de los hijos no provee ningún tipo de apoyo. En el caso de los que sí lo brindan, principalmente es de tipo emocional, al igual que las personas conocidas en el hospital.

Considerando todo el desarrollo de la investigación y su aplicación en el campo de la psicología se puede concluir que:

1. La labor del personal médico es fundamental, ya que ellos se pueden convertir en los principales proveedores de apoyo social en situaciones de hospitalización, debido a que tienen un contacto directo con los pacientes y con sus padres. Sin embargo, el personal médico no está entrenado para cumplir esta labor, por lo que se podría fomentar el desarrollo de técnicas de comunicación eficaces y afectivas en los médicos y enfermeras, para que así establecieran un vínculo con los padres de los pacientes y con los niños, lo cual tendrían un efecto bastante notorio en el nivel de desesperanza de la población.
2. Es necesaria la incursión de psicólogos y trabajadores sociales en este campo, las necesidades psicológicas de la población son muchas y no hay prácticamente nadie que se encargue de ellas. El desarrollo de un modelo de intervención conjunto entre médicos y psicólogos sería una herramienta muy útil para cumplir este propósito.

3. Las salas de hospitales no favorecen los contactos sociales, ya que el espacio y las visitas están restringidas. Adecuar las salas, los horarios y los cri-

terios de visita sería bastante recomendable para favorecer el desarrollo de la esperanza en el futuro en los padres de niños hospitalizados.

Referencias

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. y Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness Depression: A theory- Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96, (2)
- Beck, A.T. (1972), *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Textler, L. (1974). The measure of pessimism: The Hopelessnes Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42:861-865.
- Chak, A. (1996). *Conceptualizing social support: A micro or macro Perspective?* *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 39, 74-83
- Davo, V. (1999), *Intervención en crisis a familiares en la sala de urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Iberoamericana, D.F, México.
- Escobedo, S., Hernández, M. y Picazo, A. (2002). *Estudio comparativo del grado de desesperanza en ancianos aislados y no aislados*. Trabajo no publicado, Universidad Iberoamericana, D.F., México
- Fary, D. (2001). *Satisfacción en la vida de los hermanos menores capuchinos en Centroamérica, en relación al apoyo social y algunos factores de personalidad*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Iberoamericana, D.F., México
- Hirsch, B.J. (1979). Psychological dimensions of social networks : A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7 (3), 263-277.
- Hughes, M., McCollu, J., Sheftel, D. y Sánchez, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Children's Health Care*, 23 (1), 1-14
- Lane, P.S. (1993). Critical incident Stress Debriefing for Health Care Workers. *Omega Journal of Death and Dying*, 28 (4), 301-315.
- Norbeck, J.S, Lindsey, A.M. y Carrieri, V.L. (1981). The Development of an Instrument to Measure Social Support. *Nursing Research*, 30 (5), 264-269
- Noyes, J. (1999) The impact of knowing your Child is Critically Ill: a Qualitative Study of Mothers' Experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2) 427-436
- Rubin, B. y Bloch, E. (1998), *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. España: Desclée de Brouwer
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness--On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Stokes, J.P. (1989). Affect and the Social Environment: The role of Social Support in Depression and Anxiety. En P. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: distinctive and overlapping features* (1 - 10). Orlando, FL: Academic Press
- Wollman, B. (1984). *Diccionario de Ciencias de la Conducta*. México: Trillas.