

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA CASA SALUD VALDECILLA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Apoyo Social, Depresión y Cáncer

Social Support, Depression and Cancer

TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

Curso 2015 – 2016

Trabajo realizado por:

Begoña Durantes Gómez

Trabajo dirigido por:

Santiago López

ÍNDICE

Resumen/Abstract	2
Palabras clave/Keywords.....	2
❖ Introducción.....	3
❖ Metodología.....	4
❖ Capítulos.....	7
1. CONCEPTO DE APOYO SOCIAL	7
2. CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER Y DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	11
3. DEPRESIÓN Y CÁNCER	17
4. ¿QUÉ PAPEL TIENE LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN LA REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER?	20
Conclusiones	23
Bibliografía.....	24

RESUMEN/ABSTRACT

A partir de los años 70, se comenzó a considerar el concepto de “apoyo social” como un término fundamental en el área de salud. Muchos han sido los autores que han estudiado el término y todos han llegado a la conclusión de que es un constructo complejo, que precisa ser individualizado. La mayoría de las investigaciones defienden que el apoyo social posee un papel importante dentro de la enfermedad del cáncer, aportando numerosos beneficios. Esta patología, cada vez más común entre la población, es un evento potencialmente traumático, que precisa de un buen control de los sentimientos negativos que provoca, ya que si no, existe la posibilidad de desarrollar patología mental asociada. El apoyo social es un pilar fundamental en la superación y buen manejo de todas estas emociones, entre las que se destaca la reducción de los posibles síntomas depresivos, secundarios a esta patología, lo que dará como resultado final la mejora en la calidad de vida y la correcta adhesión a la enfermedad y al tratamiento.

Since the 70s, the term “social support” has been considered as essential in the area of health. Many authors have studied it and all of them have concluded that it is complex and it has to be individualized. Most investigations defend the important role that social support has in the cancer disease, producing different benefits. This disease, everyday more common, is a potentially traumatic event, which needs a good control of negative emotions, because if not, people can develop associated mental diseases. The social support is a fundamental pillar to get over all these emotions, especially to reduce depression symptoms that are side effects of cancer, which will result in an improvement of the quality of life and a correct adhesion to the disease and to the treatment.

PALABRAS CLAVE/KEYWORDS

Tabla 1 → Palabras clave/Keywords.

Apoyo social	Social support
Red social	Social network
Cáncer	Cancer
Depresión	Depression
Paciente oncológico	Cancer patient

❖ INTRODUCCIÓN

El actual interés por el estudio de la relación existente entre el comportamiento y los problemas de salud, posee una trayectoria larga, ya que desde los años 70, se estipuló necesario el estudio del concepto de apoyo social en relación con el ámbito sanitario (1).

El apoyo social es un término que posee múltiples y variadas definiciones dadas por numerosos investigadores, quienes adoptan distintas perspectivas para explicar el concepto, siendo siempre común la idea de apoyo social como algo lleno de complejidad, ambigüedad y multidimensionalidad. Lo mismo ocurre con las dimensiones, los componentes o los mecanismos de actuación, los cuales poseen diferentes formas de entendimiento, pero todos se basan en un mismo punto de partida. El problema mayor u objeto de estudio radica en saber si realmente, este apoyo social es efectivo en la recuperación de la enfermedad. Algunos autores creen que las actitudes y los estilos de vida de las personas y de su entorno, influyen de forma directa en la mejora o recuperación de diversas enfermedades (2), mientras que otros, niegan esta afirmación, asegurando que no existe relación entre la forma de ser de una persona y la evolución que adopte su enfermedad (3).

Una de las ideas principales de este trabajo es relacionar el concepto de apoyo social con temas propios del ámbito de la salud, centrando la atención en la enfermedad del Cáncer, la cual es cada vez más sonada en la actualidad.

Actualmente, el cáncer es la segunda causa de muerte y la patología que más miedo provoca entre la población (4), ya que una de cada tres personas padecerá esta enfermedad a lo largo de su vida y una de cada cinco morirá (5), por lo que se cree que, un buen conocimiento de los factores que inhiben las situaciones estresantes de estas personas, podría ayudar a salvar las vidas que los procedimientos quirúrgicos o tratamientos medicinales intentan hacer de forma aislada (6). Desde el punto de vista de la enfermería, es importante tener en cuenta estos aspectos, ya que tenemos contacto directo con pacientes que presentan este problema, y debemos saber cómo abordar estas situaciones de la mejor manera posible (6, 7).

Ligado al cáncer, enfermedad que provoca grandes cambios en el estilo de vida de las personas que la padecen, existe probabilidad de sufrir, además, trastornos mentales, entre los que vamos a destacar la patología depresiva (8). La depresión es una enfermedad cada vez más común que puede traer numerosos problemas a la hora de afrontar la nueva situación en la que se encuentra la persona, afectando conjuntamente al buen desarrollo de las relaciones con su entorno social. Es realmente importante conocer la situación de cada sujeto (tipo de cáncer, evolución, tratamiento, signos o síntomas depresivos, relaciones interpersonales, tamaño y calidad de las redes, apoyo percibido, apoyo real, etc.) para poder actuar y promover un afrontamiento adecuado por parte de todos, de manera que el paciente tenga una situación lo más saludable posible (9).

Dada la magnitud de este problema y la relevancia de una buena actuación, considero importante realizar este estudio, para mostrar si realmente se pueden solucionar muchos de los problemas presentes en esta enfermedad, estableciendo relaciones interpersonales, en este caso, mediante la aportación de apoyo social.

Por ello, el objetivo general de esta revisión bibliográfica será analizar qué papel tiene el apoyo social en la reducción de los síntomas de depresión en pacientes diagnosticados de cáncer. Para conseguirlo, debemos estudiar unos objetivos específicos que nos ayuden a alcanzar el principal. Éstos son los siguientes:

1. Definir el concepto de apoyo social.
2. Analizar las características generales del cáncer, y de los pacientes oncológicos.
3. Estudiar el término de depresión, relacionado con la enfermedad del cáncer.
4. Relacionar el apoyo social con la enfermedad, para conocer su influencia, en cuanto a signos/síntomas depresivos.

Estos objetivos van a ser los que den nombre a los capítulos en los que se divide el trabajo.

❖ METODOLOGÍA

El primer paso para la realización de esta revisión bibliográfica ha sido plantear una pregunta de investigación, a partir de la cual, comenzar la búsqueda bibliográfica. La pregunta elegida ha sido la siguiente: *“¿Qué papel tiene la percepción de apoyo social en la reducción de los síntomas de depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer?”*.

La segunda fase se centró en la estrategia de búsqueda, para la cual se optó por las siguientes bases de datos:

- **Electrónicas** → Scielo, Psicothema, Google Académico, Cuiden, Scopus y Dialnet.
- **Páginas Web** (relacionadas con el tema) → Ministerio Nacional de Salud, American Cancer Society o la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
- **Recursos literarios** → a través del uso de dos libros, extraídos de la biblioteca de la universidad de Cantabria (BUC) y de la biblioteca de la universidad nacional de educación a distancia (UNED). *“Manual de psicología de la salud”* e *“Intervención psicológica en trastornos de la salud”*.

Con el objetivo de limitar la búsqueda bibliográfica, se han establecido los siguientes criterios de inclusión:

1. Artículos en los que se estudie el apoyo social.
2. Textos que hablen acerca de la enfermedad del cáncer, la epidemiología de esta o sus características principales.
3. Artículos que traten los dos temas anteriores, relacionados entre ellos, o relacionados conjuntamente o por separado con la patología de la depresión.
4. Estudios, cuyo idioma fuese español, inglés o portugués.
5. Artículos cuyo texto se encontrase disponible en versión completa.
6. En cuanto a la fecha de publicación de los artículos, se ha procurado estudiar investigaciones recientes, haciendo alguna excepción con textos antiguos que contienen información valiosa y cierta, es decir, conocimientos que a pesar de tener varios años, continúan teniendo validez en la actualidad.

Como criterios de exclusión, gracias a los cuales se desecharon artículos no representativos para ese estudio, se establecieron los siguientes:

1. Trabajos cuyo objeto de estudio era población pediátrica.
2. Aquellos artículos que no formaban parte de bases de datos científicas, reconocidas como tal.

Para mejorar y facilitar la búsqueda, se han utilizados una serie de descriptores, obtenidos todos ellos de la web “DeCS” (Descriptores en Ciencias de Salud):

Tabla 2 → Descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda.

DESCRITORES		
Español	Inglés	Portugués
Apoyo Social	Social Support	Apoio Social
Red social	Social Networking	Rede Social
Neoplasias	Neoplasms	Neoplasias
Depresión	Depression	Depressão

En la mayoría de las páginas, el descriptor utilizado para la búsqueda fue “cáncer” en vez de “neoplasias”, a pesar de no estar recogido como tal ni en los DeCS ni en los MeSH. Para concretar la búsqueda y acercarme lo más posible al tema a estudiar se han utilizado indistintamente los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Teniendo en cuenta todos estos factores, se han llegado a obtener 184 artículos, de los cuales se han desechado 100, mayoritariamente por no permitir el acceso al texto completo debido a inscripciones pertinentes en páginas o por reserva de los propios autores. De los 84 restantes, se han eliminado aquellos que no contaban con el criterio de idioma y aquellos que incluían población pediátrica o enfermedades crónicas distintas al Cáncer, siendo 3 y 13 respectivamente, quedando 68 artículos, de los cuales, finalmente, se han elegido 29. Los 39 eliminados no eran lo suficientemente relevantes como para incluirlos en el trabajo de investigación o no cumplían todos los criterios de inclusión establecidos.



Figura 1: Proceso de cómo se ha llevado a cabo la selección de los artículos.

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica y la selección de los artículos deseados para la realización del trabajo se pasó a la redacción de la introducción, con la idea general de lo leído hasta el momento. Posteriormente, se comenzó a redactar lo que se considera la parte central de la revisión.

El trabajo cuenta con cuatro grandes capítulos, explicados brevemente a continuación.

- **Capítulo 1:** se explica el concepto de apoyo social teniendo en cuenta su diversidad y multifocalidad a la hora de querer llegar a una concepción común, enunciando varias de las definiciones propuestas por diversos investigadores a lo largo de la historia. Además, se habla sobre los distintos componentes, las diferentes dimensiones y los mecanismos de acción del apoyo social.
- **Capítulo 2:** se centra en la enfermedad del cáncer, estudiando la epidemiología de forma general, definiendo el concepto y las características más importantes tanto de la patología, como de los pacientes oncológicos.
- **Capítulo 3:** se estudia la depresión relacionada principalmente con el cáncer, exponiendo el concepto, los síntomas principales, los factores que relacionan ambas patologías, los tipos de cánceres que causan mayores problemas mentales, etc. Considero este capítulo un nexo importante a partir del cual relacionar todo lo anterior: Cáncer → (gran probabilidad de padecer) Depresión → Apoyo social ¿influye o no? → ¿Apoyo social como forma de mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer? → Mayor calidad de vida → Menor índice de depresión, etc.
- **Capítulo 4:** en él se ha relacionado todo lo anterior para intentar dar una respuesta a la pregunta de investigación establecida como punto de partida del estudio.

Una vez elaborados los cuatro capítulos, se ha dado paso a las conclusiones y el resumen, como forma breve y rápida de conocer los resultados del estudio.

Finalmente, se considera preciso aclarar que todos los principios éticos fueron mantenidos, respetando los “derechos de autor” de los investigadores, mediante las citaciones.

❖ CAPÍTULOS

1. CONCEPTO DE APOYO SOCIAL

Muchos han sido los autores que han estudiado el concepto de apoyo social dentro del grupo de los determinantes cognitivos y todos ellos llegan a la conclusión de que es un constructo “complejo, ambiguo y multidimensional”. Desde los años 70, se ha generado un gran interés por su estudio, considerándolo un concepto fundamental en investigaciones en el área de salud (1).

A continuación, se establecen algunas de las definiciones propuestas por varios investigadores a lo largo de la historia.

López, Cabanas y Chacón (1) consideran que el apoyo social es un metaconcepto, por los distintos puntos de vista que suscita. Gottlieb lo entiende como aquella comunicación verbal y no verbal que provoca consecuencias positivas, tanto emocionales como conductuales, en la persona que lo recibe (1). Kahn y Antonucci (10) lo definen como el intercambio de afecto, ayuda y afirmación entre personas. Estas transferencias engloban recursos de tipo material (soporte económico, comida y alojamiento), cognitivo (consejos, información, intercambio de puntos de vista), instrumental (todo aquello que tenga que ver con el cuidado) y emocional (afecto, escucha activa o acompañamiento). Por último, Barrera considera que el apoyo social consta de tres componentes que se deben tener en cuenta para entender bien el concepto: a) grado de integración social, b) apoyo social percibido y c) apoyo social provisto (9). Además, lo define como el conjunto de flujos que se establecen entre personas significativas para la provisión de ayuda y capacidad para hacer frente a diversas situaciones en tiempos de necesidad (1).

Haciendo una pequeña recopilación de lo estudiado, se considera que una definición muy acertada sería aquella que entiende que el apoyo social posee una dimensión individual, basada en relaciones de intercambio, donde aparecen obligaciones recíprocas y núcleos mutuos de dependencia, los cuales crean sensación de coherencia y manejo de vida, mejorando el estado de salud de las personas (11). Es un concepto que necesita ser individualizado, dinámico e integral (12). La dimensión colectiva estaría definida por el término de “red social”, entendida como el conjunto de relaciones que conectan a personas que poseen vínculos sociales, originando que los recursos de apoyo social fluyan entre estos individuos (11). Existen dos tipos de red de apoyo: por un lado está la “red de apoyo formal” o “red organizada”, que engloba todas aquellas organizaciones públicas que prestan ayuda económica, sanitaria o asistencial, y por otro está la “red informal de apoyo”, formada por todos aquellos individuos que forman parte del entorno cercano del paciente. Esta última es la más básica, y es considerada como una “red natural o tradicional”. Dentro de ella se encontraría la familia (como red principal) seguida de los amigos, los compañeros de trabajo, etc. (2)

Para que el apoyo social resulte efectivo, es necesario conocer las redes de apoyo y los recursos disponibles del paciente. Tanto el apoyo como la red social son elementos que nos permiten objetivar la mejora en la calidad de vida (12).

Además, debemos conocer al paciente en sí. Según investigaciones realizadas por Palomar & Cienfuegos (10), el apoyo social está influenciado por el tipo de personalidad y la manera de ver la vida de las personas. Mientras que una persona con buenas habilidades sociales (optimismo, asertividad, autoestima alta, sociable, etc.) percibirá el apoyo social más

fácilmente y de un mayor grupo de personas, otra, tendente a la depresión y el aislamiento, establecerá relaciones pobres y lazos inestables, provocando inseguridad y difícil acceso a las redes de apoyo. Lo que conseguirán aquellas con un patrón de personalidad igual al del primer tipo de persona, gracias a su actitud, será satisfacción y sensación de bienestar y pertenencia, notándose en la calidad de vida de todas ellas, ya que se entiende que toda persona necesita de apoyo social, es decir, necesita sentirse querida, tener a alguien con quien poder comunicarse o con quien poder crecer, o simplemente saber que alguien está ahí para apoyarnos y sostenernos en los momentos difíciles.

Para poder explicar en profundidad el concepto de apoyo social, es necesario mencionar los distintos componentes y niveles que posee.

Existen autores que consideran necesario analizar el concepto de apoyo social en función de dos componentes: el apoyo social estructural (todo lo relacionado con las redes de apoyo) y el apoyo social funcional (compuesto por las distintas dimensiones que posee dicho apoyo) (13).

No obstante, el apoyo social debe entenderse como un concepto de muchos componentes que deben complementarse. Estos componentes o perspectivas, se establecen en niveles, que van enriqueciéndose a medida que subimos de escalón.

- En el **nivel más básico** se encontraría el concepto de apoyo social entendido como “integración social”, es decir, las relaciones estudiadas en cantidad (características estructurales que definen el número de personas que forman la red del individuo o el nivel de parentesco con ellos). Algunos estudios defienden que tener una red de apoyo amplia puede ser un factor protector para la depresión (14), mientras que otros postulan que dicha red genera sensación de dependencia y precisar de ella en busca de apoyo se entiende como debilidad (9).
- En el **segundo nivel** se estudiaría el concepto en cuanto a calidad.

Autores en sus investigaciones defienden que es más importante la calidad que la cantidad de apoyo social, en términos de autopercepción (7).

- En el **tercer nivel** se encontraría el concepto de apoyo social estudiado en relación a la efectividad del mismo. Se postula que las redes sociales serán efectivas siempre y cuando sean accesibles y estén disponibles. “De nada vale ser, si luego no se está” (15).

Autores defienden que es más importante la percepción que el paciente tiene del apoyo recibido, que el recibido realmente, ya que a pesar de que este apoyo no llegase a ser efectivo, el simple hecho de percibirlo genera en el paciente una gran seguridad que le ayuda a hacer frente a situaciones difíciles, ya que son para él recursos disponibles con los que podría llegar a contar (7).

En relación con la calidad y la efectividad se debe tener en cuenta que amplitud no siempre implica efectividad y que existen redes muy numerosas que son totalmente ineficaces, en cuanto a suplencia de necesidades (9).

- El **último componente/nivel** que debe estudiarse a la hora de intentar entender el concepto global de apoyo social sería el “apoyo social real”, es decir, el grado en que una persona siente el apoyo social recibido (15).

Además de componentes, el apoyo social es un concepto que cuenta con dimensiones o tipos. Existen cuatro, diferenciados así por la mayoría de los investigadores, quienes comparten la

idea general, añadiendo pequeños matices. A continuación se establece una definición para cada tipo de apoyo, escogiendo las ideas más enriquecedoras de diversos autores pero manteniendo el esquema y las ideas principales propuestas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (6, 15):

- I. *Apoyo social emocional.* Se entiende como aquel apoyo que incluye lenguaje verbal y no verbal, basado en el intercambio de cariño, empatía, confianza, afecto, seguridad, distracción, comprensión o compañía, además de presencia física. Todo ello aporta a las personas la comodidad y confianza necesaria para expresar sus sentimientos y emociones, lo que de manera indirecta, ayuda a disminuir el estrés. Es importante mencionar que ese “estar ahí” de aquellas personas que aportan este tipo de apoyo, genera en los pacientes sentimientos de dignidad y validez. Suele ser el que se establece entre los miembros más cercanos a la persona (pareja, familia o amigos íntimos) dentro de su núcleo más estrecho, con el objetivo de paliar el impacto emocional. Lo formaría únicamente la gente que forma parte del micro y del mesosistema del individuo. Se considera el más importante y se suele generalizar con él, es decir, si una persona percibe apoyo, sea cual sea, suele confundirse siempre con el emocional.
- II. *Apoyo social instrumental.* También conocido como “*apoyo social material*”. Consiste en aportar directamente la ayuda necesaria (material o física) para que la persona pueda conseguir la “necesidad insatisfecha” o resolver el “problema”. Para ello, es necesario ofrecerse y mostrarse abiertos a la realización de cualquier tipo de tarea. En este caso, también puede incluirse el apoyo económico.
En este punto, es importante destacar que por mucha ayuda que queramos ofrecer a la persona necesitada, es necesario no olvidar respetar la autonomía del paciente, es decir, tener en cuenta que la ayuda excesiva o la conducta sobreprotectora puede perjudicar más que fomentar el desarrollo de su capacidad.
- III. *Apoyo social informacional.* A diferencia del anterior, en este caso sólo se aporta información, consejos u opinión, para que sea la persona quien se enfrente a la situación estresante, aportando de forma indirecta, sensación de control y alivio de la confusión. Dentro de estas acciones, también se encuentran las de escuchar y animar a la persona. Este tipo de apoyo, resulta más efectivo cuando la fuente de información o guía son los profesionales sanitarios.
- IV. *Apoyo social valorativo o evaluativo.* También conocido como “*apoyo percibido*”, es decir, sentir que se puede contar con alguien. Es información que proviene de los seres que nos rodean, permitiendo a la persona evaluarse a sí misma.

Los cuatro tipos de Apoyo Social están relacionados entre sí de manera directa y positiva, de forma que, cuanto mayor sea cualquiera de ellos, mayor será el conjunto total de apoyo percibido por el paciente (16).

Para poder llevar a cabo los distintos tipos, se necesita un mecanismo de actuación. El apoyo social posee dos, a través de los cuales aporta una serie de efectos positivos (13). Por un lado lo hace de forma directa, entendiendo como tal, que aquellos individuos que perciben apoyo social van a poseer mayor bienestar general, o dicho de otro modo, disminuirán la posibilidad de padecer cualquier tipo de enfermedad o problema de salud debido a efectos que dicho apoyo produce sobre algunos procesos psico-fisiológicos. Otra forma de actuación directa es a través del cambio de hábitos o estilo de vida que el apoyo social produce en los individuos, obteniéndose resultados positivos en el estado de salud de las personas. El mecanismo de actuación directo entiende que no existe conexión entre el apoyo social y el estrés, por lo que independientemente de los niveles de estrés que sufra la persona, el apoyo social siempre va a ser positivo para ella, ya que, por sí solo aumenta de manera notoria el bienestar, la salud y la

autoestima. Por otro lado, está el efecto amortiguador, que también consta de dos formas de afrontar el problema. La primera sería aceptar que algo malo está pasando y buscar formas para afrontarlo de manera “sana”, es decir, apartando el estrés. La segunda sería ver el problema como un suceso más en la vida al que hay que hacer frente, sin darle sentido negativo (2, 7).

Introduciendo el siguiente capítulo, se va a proceder a relacionar el concepto de apoyo social, con la patología del cáncer. Ante esta situación, se define como el conjunto de relaciones formales e informales que aportan al paciente oncológico el apoyo necesario para hacer frente a los desafíos secundarios a la enfermedad (16).

Debido a estos efectos adversos que pueden aparecer durante el transcurso de la enfermedad, toda persona necesita poner en marcha un proceso de adaptación psicosocial continuo para hacerles frente. Existen estudios que afirman que en ocasiones, los pacientes establecen relaciones de apoyo temporales que sirven de ayuda para superar un evento estresante puntual. Es por ello que cabe mencionar la propuesta de Williams y col (6), quienes afirman que el *“apoyo social puede ser a corto plazo, temporal o permanente.”* Se podría entender por “apoyo social permanente” el establecido con la familia nuclear o los amigos más cercanos y el “temporal o a corto plazo” el que puede establecerse con personal sanitario o cualquier profesional perteneciente al servicio de salud en el que se encuentre el paciente, siendo este igual de importante en el afrontamiento del presente evento adverso. Según la literatura, los principales responsables de la asistencia al paciente enfermo serían los hijos y la pareja (12). No obstante, en muchos casos, la familia no es capaz de hacerse cargo de todos los cuidados que precisa la persona, por lo que necesitan ampliar su red de apoyo. Para ello, se suele intentar fortalecer los vínculos con las instituciones sanitarias y la comunidad, de forma que se conviertan en los recursos que hacen falta para hacer frente a esta nueva situación (12).

2. CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER Y DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

El cáncer es definido como aquella patología que se origina cuando las células que forman parte de nuestro cuerpo, comienzan a desarrollarse de manera descontrolada en cualquier zona de nuestro cuerpo. El exceso de creación de células nuevas da lugar a masas denominadas “tumor” o “neoplasia”, las cuales, a medida que se expanden, originan la destrucción del tejido adyacente normal (17).

Se caracteriza por ser una enfermedad de evolución prolongada, progresiva, agresiva y debilitante, de connotaciones negativas, asociada a sufrimiento y muerte. Suele comprometer los componentes físicos, psíquicos y sociales de la vida de los pacientes.

Provoca más de 8 millones de fallecimientos al año (3) y es la segunda causa de muerte en los países occidentales, por detrás de las enfermedades cardiovasculares, siendo responsable del 27,5% del total de defunciones. A pesar de esto, es la más temida, debido a los aspectos negativos mencionados anteriormente (4). Esta patología provoca que una de cada tres personas la padezca a lo largo de su vida, y que una de cada cinco, termine por morir (5).

Dentro de la Unión Europea, existen diferencias en cuanto a la tasa de mortalidad que provoca, siendo los países de Hungría, Dinamarca y República Checa, los que cuentan con mayor número de defunciones (18). España posee un número de personas fallecidas menor que la media de la UE.

Tabla 3 → Mortalidad por cáncer en los países de la Unión Europea.

ADAPTACIÓN DE: “Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Instituto de información Sanitaria. Ministerio de sanidad y consumo” (18)

MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA UNIÓN EUROPEA	
País	Tasa
Chipre	123,26
Finlandia	142,65
Malta	145,37
Grecia	154,66
RESTO DE PAISES CON MENOR TASA DE MORTALIDAD QUE ESPAÑA	
España	159,73
RESTO DE PAISES CON MAYOR TASA DE MORTALIDAD QUE ESPAÑA	
Polonia	211,51
República Checa	217,46
Dinamarca	218,69
Hungría	237,44
Media de la UE	179,53

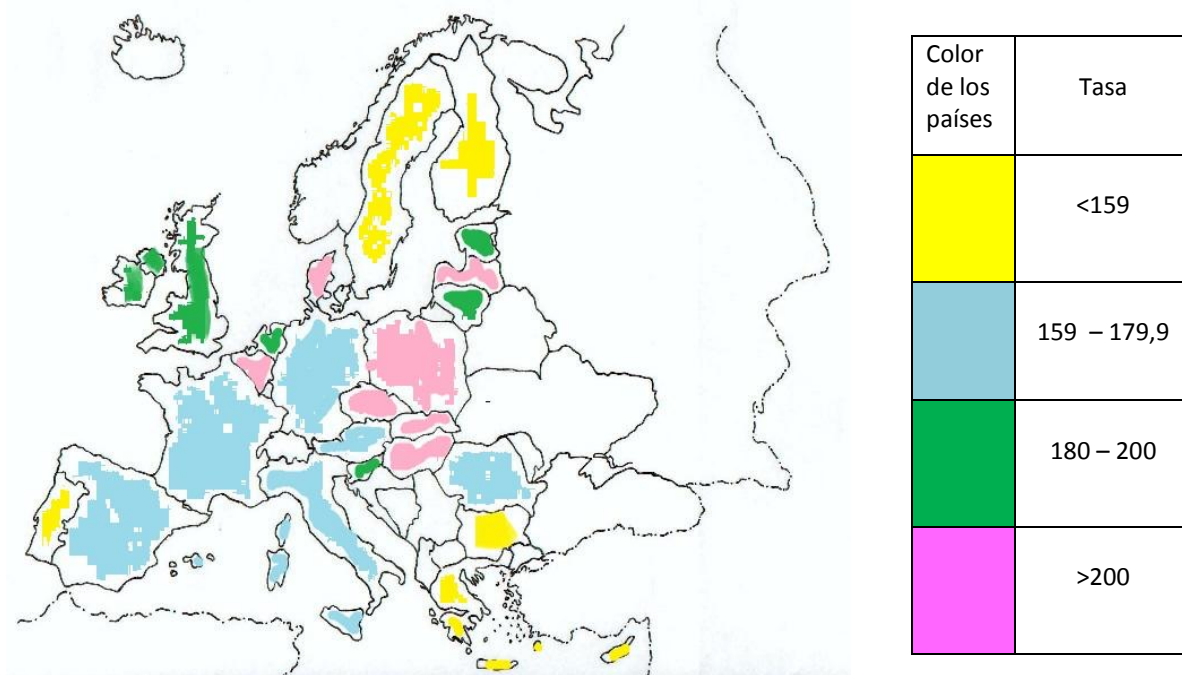


FIGURA 2 → Índice de mortalidad por cáncer. Países de la Unión Europea. Leyenda del mapa de la Unión Europea.

ADAPTACIÓN DE: “Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Instituto de información Sanitaria. Ministerio de sanidad y consumo” (18)

En España, la enfermedad del cáncer cuenta con un porcentaje del 25% sobre el total de muertes existentes (19). Geográficamente hablando, la enfermedad cuenta con más tasa de mortalidad en la zona noroeste del país, quedando el centro y el sureste junto con Navarra, como los más beneficiados por poseer las cifras más bajas de la península (18). De acuerdo con el “patrón internacional de mortalidad según causa” mencionado anteriormente, la enfermedad del cáncer ocupa el segundo lugar. En España, son las mujeres las que mantienen este orden, a diferencia de los hombres, quienes mueren principalmente por causa de esta enfermedad (4).

Tabla 4 → Mortalidad por cáncer en las comunidades autónomas de España.

ADAPTACIÓN DE: “Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Instituto de información Sanitaria. Ministerio de sanidad y consumo” (18)

MORTALIDAD POR CÁNCER EN ESPAÑA	
Comunidad Autónoma	Tasa
Castilla – La Mancha	140
Madrid	147,9
Melilla	149,4
Murcia	150,6
Navarra	150,6
RESTO DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS CON MENOR TASA DE MORTALIDAD QUE LA MEDIA DE ESPAÑA	
España	158,4
RESTO DE PAISES CON MAYOR TASA DE MORTALIDAD QUE ESPAÑA	

País Vasco	165,6
Cantabria	166,4
Galicia	167
Asturias	178,9

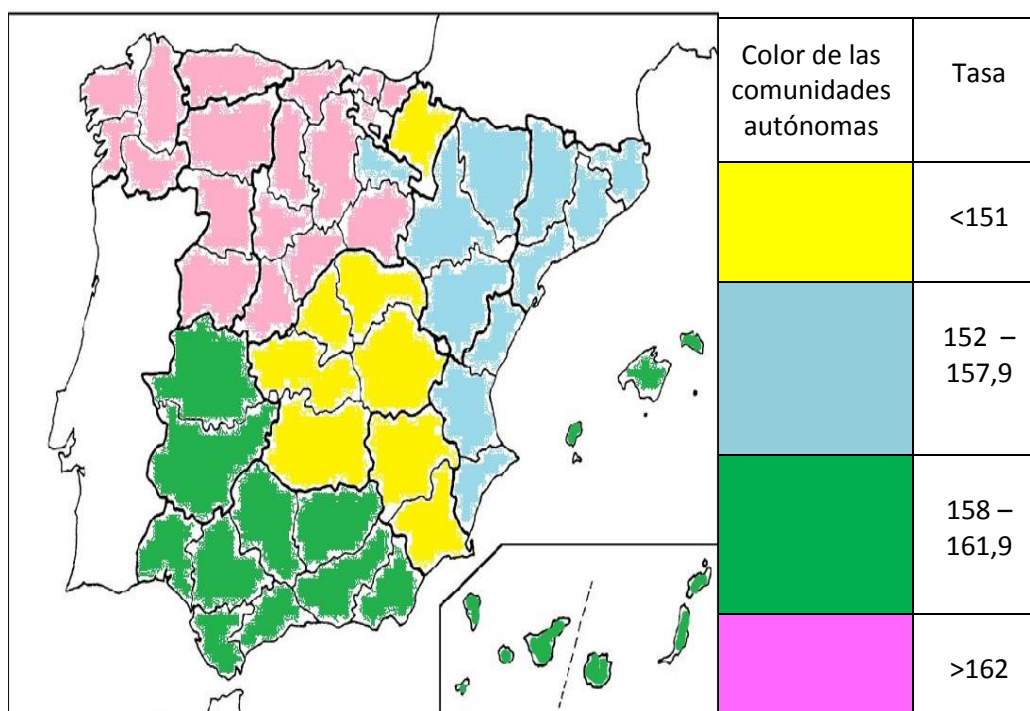


FIGURA 3 → Índice de mortalidad por cáncer según Comunidad Autónoma.

Leyenda del mapa de España.

ADAPTACIÓN DE: “Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de sanidad y consumo” (18)

En cuanto a mortalidad, a pesar de ser un país con cifras menores que la media de la Unión Europea, España cuenta con más de 1.500.000 personas diagnosticadas de cáncer, con una prevalencia de casos nuevos por año de entre 150.000 – 200.000 personas. Esta enfermedad afecta más al sexo masculino que al femenino, ya que una de cada cuatro mujeres la padecerá a lo largo su vida, a diferencia de los hombres, quienes la sufrirán uno de cada tres (20). No obstante, y gracias a los avances en cuanto a conocimiento y forma de manejar la enfermedad, se está consiguiendo reducir un 0,7%/año la tasa de muertes por Cáncer, así como lograr que el 50% de las personas diagnosticadas, sobrevivan más allá de 5 años tras padecer la enfermedad (19).

Tabla 5 → Tumores responsables de mayor mortalidad

ADAPTACIÓN DE: "Informe anual del sistema nacional de salud 2013. Situación de salud, sistema sanitario y opinión de los ciudadanos" (4)

TUMORES QUE PROVOCAN MAYOR MORTALIDAD	HOMBRES	MUJERES
Cáncer de Bronquios y Pulmón	Cáncer de Bronquios y Pulmón	Cáncer de mama
Cáncer de Colon		

El cáncer es una enfermedad que provoca un gran impacto psicológico, provocando sentimientos de miedo, daño y desfiguración, tanto en pacientes y familiares como en los propios profesionales. La persona debe hacer frente no solo a los efectos secundarios del tratamiento (secuelas psicológicas, estéticas, funcionales, orgánicas, etc.) sino también, a posibles problemas familiares y sociales. Para los perjudicados, es una enfermedad que provoca una amenaza constante, durante todo el proceso de la enfermedad. Para los más allegados, es algo complejo, doloroso y costoso (económicamente hablando) (21).

Debido a las diferentes etapas por las que pasa una persona durante la enfermedad y los distintos sentimientos que va sintiendo, considero necesario establecer de forma general, las distintas fases con las respectivas emociones y pensamientos que provocan (13).

- **Etapla inicial:** en un primer momento, la persona se ve incapaz de creer que está siendo diagnosticada de cáncer. A su vez, presenta rechazo y desesperación.
- **Fase de Disforia:** caracterizada por sentimientos de depresión y ansiedad, encontrándose más irritables, lo que da lugar a modificación de su día a día, pudiendo incluso llegar a generar problemas para conciliar o mantener sueño reparador, o problemas en la alimentación.
- **Fase de Aceptación:** finalmente, las personas aceptan el nuevo diagnóstico, buscan apoyo y comienzan a restablecer el curso habitual de sus vidas.

Dentro de todas las etapas o fases, existen tres puntos clave durante la enfermedad, que deben ser explicados con más detalle.

El diagnóstico, considerado como altamente traumático, genera un pensamiento negativo basado en el padecimiento de dolor permanente durante todo el proceso patológico, acompañado de sentimientos de negación, incredulidad o desesperación. Entre los sentimientos más comunes, destacan aquellos ligados a síntomas depresivos y ansiosos (alteración del apetito, cansancio, baja autoestima,...) (22)

Otro punto de la enfermedad que provoca malestar entre la población, es aquel en el que se va a llevar a cabo el tratamiento. Las personas experimentan sentimientos y emociones difíciles de controlar, ligados a los efectos secundarios que puedan provocar las terapias. Relacionado con la existencia de este efecto emocional asociado al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, Holland propone las "6D", para explicar, esquemáticamente, las reacciones que causa el cáncer (5).

Tabla 6 → Las “6 D” propuestas por Holland en referencia a las reacciones provocadas por el cáncer.

ADAPTACIÓN DE: “Intervención psicológica en trastornos de la salud” (5)

1	DEATH (Muerte)	Sentimientos de miedo provocados por los efectos de la enfermedad.
2	DEPENDENCY (Dependencia)	Sentimientos de dependencia con respecto a los allegados y a los profesionales de la salud.
3	DESFIGUREMENT (Deformación)	Sentimientos negativos provocados por los posibles cambios (físicos o funcionales) que puedan aparecer.
4	DISABILITY (Incapacidad)	Sentimientos de incapacidad a la hora de lograr metas u objetivos.
5	DISRUPTION (Ruptura)	Sentimientos negativos por miedo a la posible ruptura en cuanto a las relaciones sociales o al alejamiento con personas importantes para el paciente.
6	DISCOMFORT (Molestias)	Secundarias a la patología y/o al tratamiento.

La tercera fase que se va a mencionar es aquella que se conoce como “intervalo libre de enfermedad”, es decir, cuando una persona se ha recuperado de la enfermedad pero hay probabilidad de que el tumor vuelva a aparecer. Durante esta fase, los pacientes continúan sufriendo, debido al miedo que les produce la incertidumbre de la reaparición o recidiva. Este miedo aumenta durante las consultas médicas rutinarias. En este caso, el equipo de salud debe mostrarse abierto a escuchar y resolver cualquier tipo de duda o preocupación a través de una buena comunicación profesional – paciente (21), en la que predomine un lenguaje claro y asequible, asegurando que lo que hemos querido transmitir ha sido comprendido por los receptores (6). Esta relación establecida entre sanitarios y personas enfermas es realmente importante, ya que en muchos casos, las personas son conscientes de que van a sufrir efectos secundarios relacionados con la propia enfermedad o el tratamiento, pero no son capaces de percibir cuáles serán estos síntomas, o la intensidad de los mismos (23). Además, debemos insistir en lo beneficioso que es para todos ellos la vuelta a la rutina, intentando que estos momentos de “angustia” generados por las visitas médicas, afecten lo mínimo posible al día a día (21).

Existen unos indicadores que nos permiten determinar si una persona ha vuelto a la normalidad, es decir, si ha sido capaz de adaptarse a esta nueva situación. Estos indicadores podrían ser: la participación activa de estas personas en su reciente enfermedad, la objetivación de que retoman sus actividades labores o diarias y la capacidad para adaptarse a las posibles adversidades que pueda causar el padecimiento actual. Para facilitar que estas acciones sean llevadas a cabo, es necesaria la actuación de todos los profesionales sanitarios, transmitiendo la información necesaria de forma adecuada, con el objetivo de conseguir que tanto la persona como su familia formen parte de todo el proceso y expresen libremente cualquier problema o duda que pueda surgir. Una vez que los profesionales están seguros de que la persona ha conseguido paliar el trauma y ha decidido llevar a cabo una vida activa en relación a su enfermedad, es necesario un seguimiento para garantizar que exista un buen control tanto de los síntomas físicos (náuseas, vómitos, etc.) como de los emocionales (ansiedad, depresión, angustia, miedo, etc.) (13, 21)

Hay autores que resaltan como importantísima esta capacidad de adaptación de las personas a las nuevas situaciones traumáticas. Estos se decantan por la explicación científica, y defienden que es el estrés psicológico que se genera ante la aparición de un efecto adverso no esperado, lo que provoca o facilita esta aparición de enfermedades, debido al debilitamiento que se produce en los mecanismos de defensa del organismo, enlenteciendo o disminuyendo la capacidad de recuperación del cuerpo (8).

Varios investigadores han estudiado, y afirman que existen factores que contribuyen al inicio y progresión de la enfermedad. Por un lado están los factores ambientales: tabaco, alcohol, sedentarismo, rayos de sol, exposición a carcinógenos, mala alimentación, obesidad, etc. (24) Por otro, están los personales. Dentro de los personales, se puede destacar el término de “Personalidad tipo C”, establecido por Temoshok y Dreher (5), que define el modo de ser de aquellas personas que tienen más facilidad de padecer la enfermedad.

Tabla 7 → Posibles factores de personalidad y factores sociales predisponentes al cáncer.

ADAPTACIÓN DE: “Intervención psicológica en trastornos de la salud” (5)

ESTILO INTERPERSONAL	TEMPERAMENTO	ESTILO EMOCIONAL	ESTILO COGNITIVO	FACTORES SOCIALES
Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno	Depresión/ Indefensión/ Desesperanza	Tranquilidad	Aceptación estoica	Soledad
Aceptar autoridad	Fatiga	Suspensión de emociones negativas	Racional, leal a la realidad	Carencia de Apoyo Social
Docilidad y lealtad			Pesimismo	Carencia de intimidad

Existe un estudio, llevado a cabo por Grossarth-Maticek y col (24), donde se pone de manifiesto la relación existente entre la “Personalidad tipo C” y las muertes por cáncer, teniendo una proporción del 46,2%.

Es importante tener en cuenta que existen más factores que influyen en las reacciones emocionales que experimentan las personas cuando enferman, y entre ellas, se va a mencionar la personalidad de los profesionales sanitarios (14).

No obstante, diversos autores critican esta idea, y defienden que no existe ningún tipo de relación entre la personalidad del paciente y la probabilidad de padecer cáncer, de recuperarse más pronto, o de superar la muerte. Para defender esta teoría, citaron un artículo, publicado en 2010, donde no había evidencia de que existiera este enlace entre ambas cosas, refiriéndose a dicho artículo como el mayor y mejor estudio de investigación científico escrito hasta el momento (3).

Finalmente, como hemos mencionado anteriormente, se sabe que el concepto del cáncer está íntimamente ligado a reacciones y sentimientos negativos, pero no se tiene en cuenta que en muchos casos, esta enfermedad puede ser evitable, a través del control de los hábitos de riesgo y la realización de cambios en el estilo de vida, o llevando a cabo acciones preventivas (screening, cribados, autoexploraciones, etc.). Algunos autores consideran que mejorando el apoyo por parte de los gobiernos, promoviendo la concienciación de la enfermedad y aumentando la financiación de programas que busquen prevenir, detectar y tratar la enfermedad de manera temprana, se podría disminuir la tasa de muerte (3).

3. DEPRESIÓN Y CÁNCER

La Psicooncología surgió de la afirmación de que la forma de comportarse de las personas y la utilización de terapias psicológicas poseen una gran influencia en la aparición, desarrollo y evolución de la enfermedad, provocando mejoras en la cantidad y calidad de vida de los pacientes (24). Se desarrolló a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el objetivo de satisfacer el creciente deseo de estudiar las reacciones psicológicas más comunes que se formaban a partir del diagnóstico de cáncer. La idea era estudiar al individuo desde sus tres esferas principales: la emocional, la social y la espiritual, durante todo el curso y las distintas etapas de la enfermedad (8).

Se define como una rama de las ciencias de salud que considera al cáncer, como una enfermedad causada por muchos factores, en cualquier etapa de su evolución. No estudia la enfermedad como tal, sino que se centra en la persona, entendiéndola como un ser biopsicosocial. Defiende que es importante educar a las personas a prevenir la enfermedad, así como a los profesionales de salud a identificar y dar soluciones a los problemas psicológicos que puede causar esta nueva situación. Además, considera primordial cuidar tanto al paciente como a sus familiares (21).

Los psicooncólogos defienden que los trastornos psiquiátricos más comunes asociados al cáncer son: la depresión, la ansiedad y los problemas de adaptación (8). Poniendo especial interés en este primero, podemos afirmar que la depresión, afecta a un 15 – 25% de los pacientes oncológicos. No obstante, y a pesar del elevado porcentaje, muy pocas personas (10 – 33%) se diagnostican y la mayoría no recibe el tratamiento adecuado, ya que los síntomas se enmascaran bajo el cuadro de la enfermedad principal o bajo los efectos secundarios de la terapia. Además, existe la “mala costumbre” de creer que lo normal en las personas diagnosticadas de cáncer, es que tengan un humor triste (25).

La depresión es un *“trastorno emocional que se caracteriza, básicamente, por trastornos del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio y/o pensamientos negativos y que tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital, es decir, impide desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria”* (14)

En las personas diagnosticadas de cáncer, los síntomas propios de la depresión aparecen cuando estas van siendo conscientes de que el desarrollo de la enfermedad es inminente y que no existe nada que impida la evolución de esta. La depresión puede dar lugar a empeoramiento de síntomas, sensación de cansancio y problemas para evadirse de los sentimientos de dolor y malestar (24). Existen una serie de factores que influyen en la aparición de signos y síntomas depresivos en los pacientes oncológicos.

Tabla 8 → Factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer.

ADAPTACIÓN DE: *“Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica”* (25)

FACTORES RELACIONADOS CON EL CÁNCER	Tipo de cáncer: Cáncer paraneoplásico Cáncer con liberación de citoquinas Estadio del cáncer: en los pacientes más sintomáticos, existe mayor presencia de síntomas depresivos. Tratamiento oncológico: En curso. Dolor: Presente.
FACTORES RELACIONADOS	Red Social: Limitada Antecedentes de depresión*: Si

CON LA PERSONA	Estado funcional: Pobre Edad: Menor
-----------------------	--

*Factor de riesgo mayor en el desarrollo de depresión en pacientes oncológicos.

Del mismo modo, en función del tipo de cáncer que padezcan las personas, existen diferencias en la probabilidad de padecer sintomatología depresiva.

Tabla 9 → Incidencia de sintomatología depresiva en función del tipo de cáncer.

ADAPTACIÓN DE: “*Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica*” (25)

Tipo de Cáncer	Probabilidad de padecer sintomatología depresiva
Tumor cerebral	41 – 93%
Mama	4,5 – 37%
Ginecológico	23%
Estómago	20%
Páncreas	17%
Cabeza y cuello	15%
Pulmón	14%

Generalmente, se suele confundir “depresión” con “ansiedad”. Ambas tienen mayor prevalencia en personas enfermas que en la población sana, estando las dos presentes desde el inicio al final del tratamiento del cáncer. Es interesante diferenciar que la sintomatología ansiosa puede disminuir a medida que avanza el curso de la enfermedad, porque la persona no siente la angustia o el miedo por lo desconocido. No obstante, este sentimiento nunca llega a desaparecer del todo. La depresión, en cambio, se mantiene constante durante todo el transcurso, pudiendo incluso agravarse una vez finalizado el tratamiento como consecuencia de la aparición de los efectos secundarios (23).

Hay artículos en los que sus autores han tenido en cuenta esta dificultad, y proponen “ayuda” para saber reconocer los signos y los síntomas propios de la depresión.

Tabla 10 → Síntomas de la depresión clínica.

ADAPTACIÓN DE: “*La ansiedad, el miedo y la depresión. American Cancer Society*” (26)

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA
- Estado de ánimo triste durante casi todo el día. - Desinterés o inapetencia. - Disminución de peso involuntaria. - Cansancio, pérdida de fuerza, etc. - Agitación. - Insomnio. - Dificultad en la toma de decisiones, en la concentración o para recordar. - Sentimientos de culpabilidad, indefensión... que pueden dar lugar a pensamiento autolíticos.

Algunos estudios defienden que muchos de estos síntomas pueden ser fruto de la enfermedad, pero podrían convertirse en un problema (aparición de depresión como tal) cuando se presenten cinco o más síntomas anteriores conjuntos al día durante más de dos semanas, o cuando se presenten con una intensidad que llegue a interferir en la vida de la persona (26).

Gran parte de las personas que presentan sintomatología depresiva en las primeras semanas de la enfermedad, acaban por padecer “trastorno depresivo mayor” durante el transcurso de la patología. Estos signos y síntomas pueden llegar a desaparecer si el individuo cuenta con una buena red de apoyo social, dentro de la cual cabe encuadrar a familiares, grupo de amigos, vecinos o profesionales sanitarios (13, 25).

Uno de los principales problemas de pasar por alto este padecimiento secundario, es que, sus consecuencias influyen directamente en la recuperación de la salud de las personas.

La depresión puede producir que los pacientes no cumplan con el tratamiento o la terapia, dando lugar a que el tiempo de espera en el hospital se alargue, provocando una disminución en la calidad de vida del individuo y en el autocuidado, además de un aumento notorio del gasto sanitario. Todo esto produce como consecuencia final, la disminución del porcentaje de supervivencia de la población oncológica (13, 24).

El llamado “estándar de oro” en el tratamiento de la depresión estaría compuesto por el apoyo social, la educación tanto a familiares como al propio paciente y el tratamiento antidepresivo más adecuado. Ante cualquier duda que pueda surgir, en el sentido de, no saber si llevar a cabo la terapia o no, la respuesta es sí, debido al bajo impacto negativo que podría tener este tratamiento, en comparación con los beneficios que se pueden obtener (27).

Dada la importancia del asunto, son muchos los autores que defienden la necesidad de establecer guías o protocolos que ayuden a detectar lo más precoz y adecuadamente posible a aquellos pacientes que, de manera simultánea al cáncer, padecen sintomatología depresiva. De esta forma, se puede aumentar tanto la calidad de vida como la supervivencia de estas personas.

Finalmente, es importante hacer referencia a la necesidad que proponen algunos estudios, en los que se defiende que antes de buscar las medidas y terapias más adecuadas para ayudar a las personas a sobrepasar la depresión y hacer frente, de la mejor manera posible, a la enfermedad del cáncer, es necesario conseguir que el paciente reconozca que tiene depresión, esté de acuerdo y colabore en la recuperación temprana de esta. Tenemos que darle la oportunidad de expresar sus necesidades y deseos, y hacer que sea la propia persona, quien quiera y pida esa ayuda que necesita. De esta forma, el trabajo para los profesionales será más fácil y eficaz y la persona agradecerá ese trabajo, mejorando la relación sanitario – paciente, y aumentando la confianza por parte del usuario y sus familiares (27).

4. ¿QUÉ PAPEL TIENE LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN LA REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER?

El diagnóstico del cáncer es una situación difícil para cualquier persona que la padece, generando multitud de sentimientos, dentro de los cuales se encuentra la ansiedad, la depresión, la tristeza, el miedo, la culpa, etc. Todos ellos son respuestas implícitas del momento que necesitan ser controladas para que no se produzcan problemas mayores (26).

Para poder poner en práctica mecanismos que controlen estas emociones, es necesario que la persona se enfrente a la nueva situación y sea consciente de su patología. El primer paso para que esto tenga lugar es afrontar lo que viene por delante. Algunos autores consideran que es "*impensable*" entender la patología del cáncer sin incluir el aspecto de afrontamiento (9). El concepto de afrontamiento se define como aquellos "*esfuerzos cognitivos y conductuales*" que lleva a cabo la persona para hacer frente a las distintas situaciones (internas y/o externas) que se presentan y que sobrepasan los recursos que posee el individuo (6). El objetivo del afrontamiento es superar el acontecimiento traumático secundario a eventos negativos de la vida y ajustarse a la nueva situación (9).

Según Montes y col (6), la base para que la persona ponga en práctica un afrontamiento eficaz que consiga la adaptación exitosa a la nueva situación que tiene que vivir, es la aportación de apoyo social por parte de familiares y amigos.

El objetivo de este apoyo social es proteger contra el estrés que genera el trauma y hacer que la persona sea capaz de hacer frente a la nueva etapa (7). Muchas de las personas encargadas de aportar este apoyo tienden a focalizar la energía, intentando paliar el impacto de la noticia o los efectos secundarios derivados de la enfermedad. Lo realmente interesante sería que estas personas estuvieran lo suficientemente entrenadas para saber que el objetivo más adecuado del apoyo que van a proporcionar sería el de buscar soluciones a los problemas y beneficios que mejoren la calidad de vida del paciente (7). Es por ello que se considera necesario el entrenamiento y la instrucción de aquellas personas portadoras de apoyo social.

Para poder llevar a cabo esta educación social es preciso que existan personas entrenadas en ello y encargadas de proporcionar dichos conocimientos. Es necesario un equipo multidisciplinar que se encargue tanto del cuidado del paciente como de la enseñanza de este cuidado a los familiares. Numerosas investigaciones defienden que las intervenciones y los programas de ayuda y apoyo al enfermo y a los cuidadores de patología crónica aportan beneficios en la calidad de vida de ambas partes (paciente y cuidador). Estos efectos positivos están relacionados con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento, control del estrés, disminución de la ansiedad y la depresión, mejora de la sobrecarga del cuidador y reducción de los sentimientos de soledad o aislamiento generados por la idea de tener que vivir con la enfermedad (7).

Para proporcionar al enfermo la mayor calidad de cuidado posible, son muchos los autores que defienden la necesidad de contar con profesionales especializados en el área de salud mental dentro del equipo multidisciplinar encargado, en este caso, de la patología oncológica. Estos investigadores afirman que la mejora de la calidad de vida de los pacientes está íntimamente relacionada con el tratamiento de la sintomatología procedente de los trastornos psiquiátricos (8). Según los trabajos realizados por Ren y col (7), citados por Díaz y García, estos trastornos psicológicos y enfermedades psiquiátricas se pueden disminuir gracias a la aportación de apoyo social.

Numerosos estudios revelan que cuanto mayor sea el soporte social transmitido a los pacientes, menor será la probabilidad de padecer dichas patologías mentales, dando lugar a un aumento en la calidad de vida y el estado de salud (7).

En el ámbito de la Enfermería, componente clave que forma parte de la red de apoyo formal, hay que destacar la gran importancia de estos profesionales. Dicha importancia radica en el hecho de que son los profesionales del equipo que más tiempo pasan con los pacientes. Inevitablemente, son los encargados de brindar la información necesaria a enfermos y a sus familiares. Las dudas más habituales son aquellas que tienen que ver con el tratamiento, sus consecuencias y cómo poder enfrentarlas (6). Si los profesionales no brindan la información necesaria o el apoyo aportado es insuficiente comparado con las demandas del paciente, se puede producir un deterioro del apoyo social. La persona siente que el profesional le ha abandonado, lo que produce en él sufrimiento y tristeza, dando lugar a malestar psicológico. El profesional de salud puede responder disminuyendo su aportación de ayuda y ambas cosas darán lugar a que el apoyo social acabe por deteriorarse (12). Es por ello que es importante establecer y mantener una buena relación profesional – paciente.

Además de una buena relación con el paciente, el equipo de profesionales de Enfermería es consciente de la importancia de incluir a los familiares en el plan de cuidados, con el objetivo (entre otros) de educarles e instruirles para que puedan brindar un cuidado adecuado. Se considera importante aclarar que el mayor apoyo brindado por familiares y amigos, es el emocional, y este mismo, es el que se considera *“más general en sus efectos y más difícil de transmitir como habilidad”*. Los profesionales de salud deben tener en cuenta este dato, para focalizar en él los esfuerzos de educación y entrenamiento. Esta forma de actuar del personal enfermero es considerada, tanto por el paciente como por la familia, como un acto de humanidad en el que se percibe el trato individualizado de cada persona (6).

Los profesionales de Enfermería no solo llevan a cabo el “trabajo de campo” si no que además, poseen la inquietud interna de seguir buscando, investigando y promoviendo el adecuado cuidado de las personas. Es por ello que son los profesionales que poseen más estudios de intervención o de soporte a los cuidadores (7).

La necesidad de contar con profesionales que aporten un cuidado más especializado en esta área radica en que el cáncer es una enfermedad *“aterradora y estigmatizante”* que genera sentimientos de temor e incertidumbre elevada. En muchos casos, estas emociones se relacionan con falta de apoyo social, necesidad de contar con alguien con quien poder hablar y expresar sentimientos o escasa información recibida (13). La consecuencia última de estos sentimientos, producidos por la falta de apoyo, será la recuperación tardía y costosa de la enfermedad, ya que existen estudios que afirman que aquellos pacientes que están satisfechos con el soporte social que reciben, tienden a adaptarse mejor a ella (7).

El apoyo social, de manera general, desempeña un efecto directamente proporcional en la salud de las personas (2), ya que amortigua el estrés y mejora la calidad de vida. Evita la aparición de problemas o secuelas psicológicas, lo que da lugar a una mejora del autocuidado, además de que fomenta el proceso de adaptación a la enfermedad (2). Además, aquellos que perciben más apoyo social, tienden a sentir menos ansiedad y depresión (26). El resultado final será el restablecimiento temprano de la salud (2). Cassel y Cobb (6) defienden que el apoyo social protege a los individuos de los efectos negativos, físicos y psicológicos, de los eventos traumáticos de la vida. Lo considera como *“una fuente importante de sostén y ayuda.”*

Finalmente, y tomando como referencia lo descrito por Gottlieb (7), se puede hacer un breve resumen de la importancia que tienen las intervenciones basadas en el Apoyo Social.

Tabla 10 → Razones de por qué las intervenciones basadas en el apoyo social han tenido tanto auge.
ADAPTACIÓN DE: “Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica.” (7)

Efectos positivos sobre la salud y el bienestar
Promueven la participación
Facilitan la accesibilidad
Gran utilidad , tanto en problemas sociales como en factores de riesgo físico
Aumentan la autorresponsabilización , las competencias personales y la capacidad de hacer frente a diferentes situaciones de la vida
Actúa con el propio paciente y con su red de apoyo

❖ CONCLUSIONES

Una vez realizada la revisión, necesaria para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, se puede concluir lo siguiente:

En primer lugar, tener en cuenta que el apoyo social es un término cada vez más utilizado en el ámbito de salud. Posee numerosas perspectivas y como último objetivo, pretende dar solución, en forma de ayuda, a los eventos adversos que pueden surgir en la vida de las personas. Cuando este apoyo social es aportado por varios individuos, se establece el término de red social, siendo la más importante la red formada por la familia y los amigos más cercanos.

Es necesario conocer tanto al paciente como a su red de soporte, en cuanto a: forma de vivir, de ver la vida, relaciones existentes, recursos disponibles, etc. para poder garantizar un cuidado individualizado y adecuado que aumente los beneficios del apoyo prestado. Existen diferentes tipos de apoyo social, pero se reconoce como más importante aquel que denominamos “apoyo social emocional” por poseer los efectos más generales: confianza, compañía, cariño, apoyo, seguridad, empatía, etc. Es el más aportado por las personas, pero es el entorno más próximo quién tiene el papel principal.

Los profesionales de Enfermería, los cuales forman parte de la red formal de la persona, pueden ofrecer, en mayor o menor medida, todos los efectos mencionados anteriormente, aunque su función principal dentro del lugar que ocupan en la vida del paciente, es la informar y solventar todas las dudas o preocupaciones que puedan surgir con respecto a la enfermedad y el tratamiento. Este último tipo de apoyo mencionado suele establecerse a través de relaciones de apoyo temporales, originadas en momentos difíciles para la persona.

La situación traumática en la que se centra este estudio es el cáncer, ante el cual, la persona necesita poner en marcha un proceso de adaptación psicosocial para hacer frente a las distintas emociones que va a sentir a lo largo de la enfermedad. Los sentimientos que más suelen darse en relación con la patología oncológica, son los depresivos. Para conseguir la adaptación es necesario llevar a cabo el afrontamiento, para posteriormente, conseguir que la persona reanude sus actividades diarias y su rutina, lo que indicará que ha sido capaz de adaptarse a la nueva situación. El apoyo social juega un papel fundamental en la consecución de este objetivo, ya que consigue un afrontamiento eficaz y un equilibrio en la adaptación del acontecimiento que acaba de surgir.

Este apoyo social se considera tan fundamental en la enfermedad del cáncer porque se ha relacionado su carencia con la aparición de enfermedades mentales como la depresión. Por eso, cuando una persona siente el apoyo que se le brinda, desaparecen los sentimientos de soledad y tristeza que pueden surgir durante el transcurso enfermedad. Perciben que no están solos ante la adversidad, lo que mejora su estado de ánimo. Los pacientes oncológicos encuentran alentador tener a alguien que les escuche y les dé su apoyo en aspectos prácticos de la enfermedad. Este apoyo les permite expresar sus miedos y sus preocupaciones, apartando el estrés generado y priorizando la búsqueda de soluciones. Aquellos que presentan altos grados de satisfacción con este apoyo recibido poseen mayor grado de adaptación a la enfermedad, aumentando también la adherencia al tratamiento y las ganas de supervivencia.

Es por todo esto por lo que se puede concluir que el apoyo social influye de manera positiva en los síntomas depresivos que pueden padecer aquellos pacientes portadores de la enfermedad del cáncer. En forma de resumen general, el apoyo social reduce la depresión, potencia la adherencia al tratamiento y mejora la calidad de vida de los pacientes enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vega Angarita O.M, González Escobar D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021. Fecha de acceso: 01/15, 2016.
- (2) Alonso Fachado A, Menéndez Rodríguez M, González Castro L. Apoyo Social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. 2013; Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf Fecha de acceso: 04/2, 2016
- (3) American Cancer Society. Rising Global Cancer Epidemic. 2013; Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/image/acspc-043784.pdf>. Fecha de acceso: 04/12, 2016.
- (4) Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2013. Situación de salud, sistema sanitario y opinión de los ciudadanos, 2013; Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeannual2013/Informe_2013_SNS_WEB.pdf. Fecha de acceso: 04/07, 2016.
- (5) Buceta JM, Bueno AM, Crespo M, Cruzado JA, Díaz P, Durán M. Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer. In: Buceta JM, Bueno AM, Mas B., editor. Intervención Psicológica en Trastornos de la Salud. Madrid: DYKINSON; 2000. p. 341-341 - 403.
- (6) Gómez Gómez MM, Lagoueyte Gómez MI. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. 2012; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf> Fecha de acceso: 03/12, 2016
- (7) Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo Social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. 2009; Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24368/1/Apoyo%20social.%20Elemento%20clave%20en%20el%20afrontamiento%20de%20la%20enfermedad%20cronica..pdf> Fecha de acceso: 03/05, 2016
- (8) Gregurek R, Braš M, Đorđević V, Ratković A, Brajković L. Psychological Problems of Patients with Cancer. 2010; Disponible en: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol22_no2/dnb_vol22_no2_227.pdf. Fecha de acceso: 04/09, 2016.
- (9) Araujo Hernández M, Díaz Santos MA, García Navarro EB, Pérez Espina R, García Navarro S. Redes Sociales: Efecto amortiguador en el afrontamiento del cáncer. 2013; Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/364o.pdf> Fecha de acceso: 03/22, 2016
- (10) Palomar Lever J, Matus García GL, Victorio Estrada A. Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. 2013; Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/1373/3969> Fecha de acceso: 02/22, 2016
- (11) Keila de Oliveira Lisboa Sanchez, Noeli Mar, Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreiral, Giselle Dupas Giselle DupasI, Danielli Boer Costal. Apoio social à família do paciente com

câncer: Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções identificando caminhos e direções. 2010; Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>. Fecha de acceso: 01/15, 2016.

(12) Stoppa Menezes Rodrigues J, Marchioro Liston Andrade Ferreira N. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. 2012; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653415&indexSearch=ID> Fecha de acceso: 03/15, 2016

(13) Valencia Lara SC. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. 2006; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920205> Fecha de acceso: 03/20, 2016

(14) López Ibor MI. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007000500001&script=sci_arttext Fecha de acceso: 03/20, 2016

(15) Ibaio J, Martín Daza F. NTP 439: El apoyo social. 1999; Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf. Fecha de acceso: 02/14, 2016.

(16) Bernat Kolankiewicz AC, Mazzuco de Souza M, Solange Bosi de Souza Magnago T, Lopes de Domenico EB. Apoio Social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. 2014; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00031.pdf Fecha de acceso: 03/16, 2016

(17) Puente J. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?. 2015; Disponible en: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla> Fecha de acceso: 04/10, 2016

(18) Alfaro Latorre M, Regidor Poyatos E, Gutierrez Fisac JL, Mataix González R, Guevara García D. Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. 2013; Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf Fecha de acceso: 04/02, 2016

(19) Asociación Española Contra el Cáncer. Estrategia contra el cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2011; Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadocumentos/Paginas/estrategiacontraelcancer.aspx>. Fecha de acceso: 04/06, 2016.

(20) Asociación Española Contra el Cáncer. La investigación es lo único que logrará vencer al cáncer. 2014; Disponible en: https://www.aecc.es/Investigacion/Documents/Informe_Anual_FC2014.pdf. Fecha de acceso: 04/05, 2016.

(21) Rojas-May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. 2006; Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90432086&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=104&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v17n04a90432086pdf001.pdf Fecha de acceso: 03/25, 2016

(22) Garduño C, Riveros A, Sánchez-Sosa JJ. Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual. 2010; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021975008> Fecha de acceso: 04/2, 2016

(23) Ornelas-Mejorada RE, Tufiño Tufiño MA, Sánchez-Sosa JJ. Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. 2011; Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v1n3/v1n3a3.pdf> Fecha de acceso: 04/1, 2016

(24) Amigo Vázquez I. Enfermedades Crónicas: prevención y tratamiento. Cáncer In: Luca de Tena JI., editor. Manual de Psicología de la salud Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya); 2012. p. 211-211 - 223.

(25) Pousa Rodríguez V, Miguelez Amboage A, Hernández Blázquez M, González Torres MA, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. 2015; Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90436783&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=361&ty=13&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=361v19n03a90436783pdf001.pdf Fecha de acceso: 04/01, 2016

(26) American Cancer Society. La ansiedad, el miedo y la depresión. 2013; Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002815-pdf.pdf>. Fecha de acceso: 04/10, 2016.

(27) Miovic M BS. Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. 2007; Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.22980/pdf>. Fecha de acceso: 04/06, 2016.

(28) Rojas-May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. 2006; Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90432086&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=104&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v17n04a90432086pdf001.pdf Fecha de acceso: 03/25, 2016

(29) González Ramos MT, Landero Hernández R, Díaz Rodríguez CL. Propiedades Psicométricas de una Escala para Evaluar el Apoyo Social a través de las Redes Sociales. 2013; Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S2007471913709633/1-s2.0-S2007471913709633-main.pdf? tid=f1e45e12-0580-11e6-9ad7-00000aacb35f&acdnt=1460996385_5298b7d12180d87aee2bbdb1db467a69 Fecha de acceso: 01/20, 2016