



Universidad  
de La Laguna



**APOYO SOCIAL Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO DE CANARIAS**

AUTORA:

Elena China Rancel

TUTORA:

M<sup>a</sup> Lourdes Fernández López

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2015-2016



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Medicina, Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



## RESUMEN

---

El diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios de los diferentes tratamientos para esta enfermedad son importantes estresores capaces de provocar niveles elevados de malestar emocional. Este estado anímico cobra un valor significativo para los pacientes oncológicos, ya que dependiendo de este el paciente responderá de manera positiva o negativa a su enfermedad, no solo con respecto a su actitud, sino también a nivel biológico. Además, este malestar puede desencadenar desde una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas psiquiátricos, entre los que destacan la ansiedad y la depresión, por la cantidad significativa de personas afectadas con estos trastornos.

En este estudio se pretende indagar acerca de la influencia del apoyo social sobre el estado mental del individuo con cáncer y sobre la incidencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva. Para ello se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo y analítico, transversal y exploratorio, que se llevará a cabo en el Hospital de Día del CHUC, donde se entrevistará a pacientes oncológicos mayores de edad diagnosticados de cáncer colorrectal y en fase de tratamiento que acudan durante los tres meses de duración de recogida de datos del estudio. Se utilizarán cuestionarios de elaboración propia, y las escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Encuesta sobre el efecto del Apoyo Social en las Enfermedades Médicas (MOS- SSS). La participación será de carácter voluntaria y se garantizará el anonimato.

El tratamiento estadístico se realizará aplicando el programa informático estadístico SPSS 17.0.

**Palabras clave:** Cáncer, Ansiedad, Depresión, Apoyo Social.

## ABSTRACT

---

The diagnosis of cancer and the side effects of the different treatments for this disease are important stressors capable of causing high levels of emotional discomfort. This psychic condition receives a significant value for the oncological patients, due to depending on this condition, the patient will answer in a positive or negative way to the mentioned disease, not only with regard to his or her attitude, but also to biological levels. In addition, this feeling of discomfort can give place to, from a normal reaction to the disease, to the presence of a set of signs and psychiatric symptoms, between of those stands out the anxiety, or also the depression, because of the people's significant quantity that are affected by these disorders.

This study tries to research the influence of the social support in the mental condition of the people with cancer, and on the incidence of the anxious and/or depressive symptomatology. To do it, there will be carried out a quantitative, descriptive and analytical, transverse and exploratory study, which will take place in the Day Hospital CHUC, where many oncological patients over 18 years old diagnosed of colorectal cancer and into treatment step will be interviewed during the three months that lasts the collection of information for the study. There will be used questionnaires of own production, as well as the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS-SSS). The participation will be voluntary and the anonymity will be guaranteed.

The statistical treatment will be done applying statistical computer program SPSS 17.0.

**Key words:** Cancer, Anxiety, Depression, Social Support.

# INDICE

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	3
<b>2.1. Magnitud de la enfermedad</b>	3
2.1.1. <i>El cáncer colorrectal</i>	4
<b>2.2. Aspectos psicológicos del cáncer</b>	5
2.2.1. <i>Proceso normal de adaptación al cáncer</i>	5
2.2.1.1. Factores generales que inciden en la adaptación	6
2.2.2. <i>Reacciones psicológicas más frecuentes en el cáncer</i>	7
2.2.2.1. Factores que determinan la respuesta psicológica	10
2.2.3. <i>Estrategias de afrontamiento y adaptación</i>	11
2.2.4. <i>Trastornos psiquiátricos asociados al cáncer</i>	13
2.2.4.1. Sistemas de evaluación	17
<b>2.3. El apoyo social</b>	19
2.3.1. <i>Sistemas de evaluación del apoyo social</i>	21
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	22
<b>4. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	24
<b>4.1. Objetivos</b>	24
<b>4.2. Metodología</b>	24
<b>4.3. Cronograma y logística</b>	28
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b>	29
<b>6. ANEXOS</b>	36

# 1. INTRODUCCIÓN

---

El diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios de los diferentes tratamientos para esta enfermedad son importantes estresores capaces de provocar niveles elevados de estrés emocional, definido por V. Barrientos y B. Molina en su artículo “*Evaluación del estrés en la enfermedad avanzada*” (2014) como “una experiencia emocional displacentera de naturaleza, física, psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual que puede interferir con la habilidad para enfrentar de manera efectiva el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento” <sup>(1)</sup>. Este estado anímico cobra un valor significativo para el enfermo, ya que dependiendo de este el paciente responderá de manera positiva o negativa a su enfermedad, no solo con respecto a su actitud, también a nivel biológico.<sup>(2)</sup> Se ha demostrado que este malestar emocional genera una reducción en la calidad de vida de los pacientes oncológicos, repercute negativamente en el cumplimiento del régimen terapéutico debido a una menor adhesión, ralentiza la recuperación y prolonga las estancias hospitalarias incrementando costes, y conlleva también un elevado riesgo de mortalidad y un mayor riesgo de suicidio.<sup>(3,4)</sup>

A pesar de las falsas creencias, actualmente los pacientes con cáncer no están sentenciados a muerte, ya que gracias a los avances científicos y tecnológicos existen tratamientos que prolongan la vida del mismo. Pero, además de atender y resolver los aspectos físicos y biológicos asociados a la enfermedad, está comprobada la necesidad de centrarnos también en atender los aspectos psicológicos que pueden cursar durante el proceso de enfermedad, pudiendo influir negativamente en esta, y después del mismo, para mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

El malestar emocional generado por el cáncer puede desencadenar desde una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas psiquiátricos. Existen numerosos estudios realizados sobre la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes con cáncer pero, todos detallan la dificultad existente en la realización de un diagnóstico psicopatológico en estos pacientes, debido a la confluencia de síntomas psicológicos y somáticos propios de la enfermedad que dificultan un diagnóstico diferencial.<sup>(5)</sup>

Dentro de los trastornos psicológicos más estudiados sobre esta población la depresión y la ansiedad ocupan un puesto importante por la cantidad significativa de personas afectadas con estos trastornos, que, según publican Jorge Maté, María F. Hollenstein y Francisco L. Gil (2004) en uno de sus trabajos, “suelen ser ignorados,

minusvalorados o aceptados por los profesionales, porque los consideran comprensibles y normales dada la situación del enfermo”.<sup>(5)</sup> En este proyecto de investigación se pretende indagar precisamente en la influencia del medio sobre el bienestar mental del individuo, específicamente el apoyo social, entendido éste como una serie de recursos con funciones emocionales, afectivas, informacionales o materiales, proporcionados por la comunidad especialmente por familiares y la gran red de profesionales de la salud que está en continuo contacto con el mismo, y su influencia sobre la incidencia de sintomatología ansiosa o depresiva en el paciente con cáncer.

Según Schwarzer y Leppin <sup>(2)</sup> el apoyo social hace referencia a la función y calidad de las relaciones sociales, tales como percepción de disponibilidad en caso de necesidad o el apoyo real recibido. Ensel y Lin (1991) sugieren que “los recursos, tanto psicológicos como sociales, pueden evitar el estrés (función preventiva), o bien pueden ayudar a manejar sus consecuencias (enfrentamiento)”. Según publica A.P. Cherez en su tesis “*Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica solca-tungurahua, en el período 2013.*”, existen dos hipótesis que han recibido abundante evidencia experimental a su favor, una sostiene que “el apoyo Social fomenta directamente la salud y da bienestar, independientemente del nivel de estrés. A mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastorno (*Efecto directo*)”; y la otra estipula que este Apoyo Social “actúa como un moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar, por ejemplo, los acontecimientos vitales estresantes. Según esta hipótesis, en ausencia de estresores el apoyo no influye en el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos de estrés. Por tanto, el impacto del estrés sobre la salud sería menor en presencia de Apoyo Social”. <sup>(2)</sup>

Un deficiente o escaso apoyo social puede llevar al paciente con cáncer a no exteriorizar sus miedos y dudas, a sentirse aislado, solo ante la crisis por la que está pasando, poco querido y estigmatizado, inseguro con respecto al entorno, a sí mismo y a su enfermedad, generándose una baja calidad de vida e influyendo de esta forma en que los estados depresivos se vean agudizados, patentándose así el humor deprimido, la anhedonia y el deterioro clínico, personal y social. En estos casos le resultará más complicado al paciente sobrellevar esta crisis que sucede al diagnóstico de cáncer y en casos extremos dicha situación lo conllevará al suicidio.

## 2. MARCO TEÓRICO

---

### 2.1. MAGNITUD DE LA ENFERMEDAD: CÁNCER.

La palabra cáncer es un término muy amplio que abarca más de 200 tipos de enfermedades con un denominador común: la adquisición, por parte de las células cancerosas, de una capacidad para multiplicarse, invadir órganos y tejidos, y diseminarse por todo el organismo sin control.<sup>(6,7)</sup>

Según la OMS, el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el año 2012. Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70 % en las próximas décadas.<sup>(8)</sup>

La SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), publica en su informe “Las cifras del cáncer en España 2016” que, teniendo en cuenta las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas, se calcula que en 2020 se diagnosticarán 246.713 casos nuevos de cáncer en España, 97.715 en mujeres y 148.998 en varones.<sup>(9)</sup>

Estimación de la incidencia de cáncer (excluyendo tumores cutáneos no melanoma) en España en 2012 y predicción para 2020, distribución por grupos de edad y sexo.				
Año	Nº estimado de nuevos casos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
2012	Todas las edades	128.550	86.948	215.534
	< 65 años	46.202	39.225	85.427
	> o = 65 años	82.348	47.759	130.107
2020	Todas las edades	148.998	97.715	246.713
	< 65 años	54.031	43.251	97.282
	> o = 65 años	94.967	54.464	149.431

Tabla 1: GLOBCAN 2012 (informe por parte de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)).<sup>(9)</sup>

Debido a su alta prevalencia, y de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los tumores constituyen una de las principales causas de ingreso

hospitalario. En 2014 los tumores provocaron la cuarta causa de ingreso hospitalario en varones, 1.044 ingresos/100.000, y la quinta causa en mujeres, 912 ingresos/100.000.<sup>(8)</sup>

Se calcula que la mortalidad para el año 2012 en España fue de 102.762 fallecimientos (63.579 casos en varones y 39.183 en mujeres). Teniendo en cuenta las estimaciones poblacionales de las Naciones Unidas, se calcula que en 2020, 117.859 personas fallecerán por cáncer en España (73.424 varones y 44.435 mujeres).

De acuerdo con los datos de la Red Española de Registros de Cáncer, el cáncer es ya la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio en la población general española y la primera causa de muerte en varones en España. En 2012, 3 de cada 10 muertes en varones y 2 de cada 10 en mujeres en España fueron a causa del cáncer.

Sin embargo, de acuerdo con los datos del INE, la principal causa de muertes en los hospitales españoles fueron los tumores (24,2%).<sup>(8, 10)</sup>

### **2.1.1. El cáncer colorrectal.**

Según estimaciones proporcionadas por Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) a través del proyecto EUCAN, los tumores más frecuentemente diagnosticados para la población general en España en el año 2012 fueron el cáncer de colon (32.240 casos nuevos), seguido del cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), pulmón (26.715 casos nuevos), mama (25.215 casos nuevos) y vejiga (13.789 casos nuevos).

Los tumores responsables del mayor número de fallecimientos en 2012 en España en la población general fueron el cáncer de pulmón (21.118 muertes) y el cáncer de colon (14.700 muertes).<sup>(8)</sup>

El cáncer colorrectal es el crecimiento incontrolado de las células del colon y/o el recto. Los tumores malignos colorrectales pueden originarse en cada una de las tres capas: mucosa, muscular y serosa.

La mayoría de los cánceres (90%) colorrectales son adenocarcinomas (cánceres que empiezan en las células que producen y liberan moco y otros líquidos). Los linfomas, los sarcomas y los melanomas son infrecuentes.<sup>(10)</sup>

Según publica la SEOM, el cáncer colorrectal comienza a menudo como un crecimiento que se llama pólipo, que se puede formar en la pared interna del colon o el recto. Con el tiempo, algunos pólipos se vuelven cancerosos. Al encontrar y eliminar los pólipos se puede prevenir el cáncer colorrectal. También manifiesta que las muertes por cáncer colorrectal han disminuido con el uso de las colonoscopias y prueba de sangre oculta en la materia fecal.<sup>(11)</sup>

C. Piñeros, M. Cuartas y D. Davalos, manifiestan en la revista *Avances en Psicología Latinoamericana* que, a pesar de este aumento del índice de supervivencia, hay que tener en cuenta que el cáncer de colon y recto además de afectar al paciente físicamente, también afecta a su esfera emocional, pues la enfermedad se asocia con sufrimiento, y con la combinación de múltiples tratamientos como la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y el posible uso de una colostomía, los cuales representan cambios en el cuerpo y alteración de la imagen corporal. Además los pacientes también sufren cambios en los hábitos alimenticios, el modo de vestirse, las actividades de diversión, la sexualidad y el campo laboral; esto hace que perciba la situación como una amenaza para su integridad.<sup>(12)</sup>

Entre los factores que aumentan el riesgo de sufrimiento en el paciente con cáncer colorrectal están los siguientes: la incertidumbre o la falta de certeza sobre lo que sucederá en el futuro; sentimientos negativos, como miedo, tristeza o ansiedad; la sensación de pérdida de control, y la amenaza a la autoestima como consecuencia de los cambios generados por el tratamiento que alteran la autoimagen y producen la pérdida de la autonomía. Por esta probabilidad de sufrimiento, los profesionales de la salud que acompañan los procesos del paciente con esta enfermedad deben hacerlo desde una perspectiva integral.<sup>(12)</sup>

## **2.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER**

### ***2.2.1. Proceso normal de adaptación al cáncer***

La experiencia con el cáncer difiere en cada paciente. El diagnóstico de un cáncer puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente, que varían dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del momento evolutivo en el que se diagnostica, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido... y de un sinnúmero de factores más.<sup>(13)</sup>

La mayoría de los pacientes que padecen cáncer tienen diferentes respuestas emocionales, sin embargo, esta mayoría no presenta signos y síntomas de ningún trastorno mental específico. Los cambios psicológicos y sociales que sufren los pacientes oncológicos pueden ser desde manifestaciones de una adaptación normal hasta signos de aparición de trastornos de adaptación (que pueden ser trastornos mentales graves como el trastorno depresivo grave).<sup>(14)</sup>

En las guías del National Cancer Institute se define «ajuste» o «adaptación psicosocial» al cáncer como un “proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección”.<sup>(15)</sup>

Según aparece en el International Cancer Consultants, los pacientes con cáncer se enfrentan a muchos retos que se modifican a medida que cambia la enfermedad y el tratamiento. Algunos de esos retos y momentos de crisis que se presentan pueden ser: el momento de evaluación y confirmación del diagnóstico, el proceso de tratamiento y sus efectos, los cambios y la inseguridad al finalizar el tratamiento, la remisión del cáncer, la reaparición del cáncer y el hecho de ser un superviviente de la enfermedad. Cada uno de estos acontecimientos implica tareas específicas para la adaptación y problemas emocionales comunes.<sup>(14)</sup> Por lo que la adaptación al cáncer no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten a la persona ir cumpliendo con estas múltiples tareas asociadas a la vida con cáncer. La adaptación normal o exitosa ocurre en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funcionamiento, regulando el malestar emocional y manteniéndose implicados en los aspectos importantes de su vida, empleando estrategias diseñadas para cumplir estos objetivos.<sup>(15)</sup> Por otro lado, los pacientes que no se adaptan adecuadamente son más propensos a desarrollar trastornos psiquiátricos.<sup>(16)</sup>

#### **2.2.1.1. Factores generales que inciden en la adaptación**

Muchas diferencias individuales repercuten en la manera en que un paciente se adapta al cáncer. Es difícil predecir la manera en que una persona se adaptará a la enfermedad. Según el artículo “*Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación*” publicado en el International Cancer Consultants, los factores citados a continuación afectan la manera en que un paciente se adapta al cáncer<sup>(14)</sup>:

- El tipo de cáncer, el estadio del cáncer y la posibilidad de recuperación.
- La fase del cáncer, como por ejemplo recientemente diagnosticado, en tratamiento, en remisión o cáncer recurrente.
- Aptitudes individuales de adaptación.
- Amigos y familia disponibles para respaldar al paciente.
- La edad del paciente.
- La disponibilidad de tratamiento.
- Convicciones sobre la causa del cáncer.

### **2.2.2. Reacciones psicológicas más frecuentes en el cáncer**

El proceso de adaptación puede empezar antes del diagnóstico. Los pacientes normalmente responden con diferentes grados de miedo, ansiedad, preocupación e inquietud, cuando tienen síntomas inexplicables, o cuando se dan cuenta de que son sometidos a varias pruebas para determinar la existencia o no de la enfermedad. Estos temores se convierten en la realidad del paciente al escuchar el diagnóstico definitivo. El primer pensamiento del paciente frente al diagnóstico de cáncer es; “¿Puedo morir de esto?”. Con lo cual el paciente entra en una etapa en la que experimenta sufrimiento emocional y una situación psicológica y existencial delicada, que ocasiona muchos cambios en su vida cotidiana. Al recibir el diagnóstico, el paciente posiblemente se sienta bloqueado e incapaz de tomar decisiones, y la aparición de la angustia y ansiedad pueden repercutir en su funcionamiento normal.<sup>(17, 18)</sup>

Según, Bayés (1991) el cáncer acaba suponiendo con frecuencia una situación de estrés que posee cuatro características:

- Incertidumbre: el paciente se enfrenta a una situación en la que no sabe qué sucederá en el futuro en relación con su enfermedad, su vida y con el tipo de tratamientos utilizados.
- Sentimientos negativos: como miedo, tristeza o ansiedad.
- Pérdida de control: que genera indefensión y sensación de que no puede influir en los tratamientos.
- Amenazas a la autoestima: por cambios en el cuerpo, incapacidad de trabajar, alteraciones de tipo sexual, etc.<sup>(19)</sup>

En este sentido, Holland- Frei publica en su libro (cancer medicine - 8th ed. (2010). American Association for Cancer Research), que las preocupaciones comunes de los pacientes con cáncer pueden ser recordadas como “*cuatro D´s*”:

1. *Death (with pain)* - Muerte (con dolor)
2. *Disability* - Discapacidad
3. *Dependence on others* - Dependencia de otros,
4. *Disfigurement (physical changes in body)* - Desfiguración (cambios físicos en el cuerpo).<sup>(17)</sup>

Las reacciones más comunes ante el cáncer pueden ser:<sup>(18)</sup>

- **Miedo:** Suele aparecer miedo a la propia enfermedad, a la nueva situación familiar, a la incógnita del futuro, es decir, a lo desconocido y a la muerte.
- **Negación:** La negación es un mecanismo de defensa que surge como consecuencia del miedo, se caracteriza por el afán de no querer saber nada acerca de la enfermedad y de no querer hablar de ella.
- **Rabia:** Surge a raíz de la dificultad de expresar sentimientos como el miedo, pánico, frustración, ansiedad o impotencia. Es normal que las personas con cáncer sientan indignación y cabreo contra el cáncer y se formulen preguntas del tipo “¿por qué a mí?”. Esta rabia la pueden manifestar con el equipo sanitario que le presta asistencia y sus amigos y seres queridos sanos.<sup>(20)</sup>
- **Sentimiento de culpabilidad:** Es frecuente que los pacientes con cáncer le busquen sentido a la aparición de la enfermedad y tanteen las posibles causas originadoras. La pregunta habitual que suelen hacerse es “¿Qué he hecho yo para merecer esto?”. Pueden llegar a pensar que fueron ellos mismos los causantes de la enfermedad o creer que es un castigo merecido por algo que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. El paciente también puede tener sentimientos de culpabilidad por afectar a sus seres queridos o por el pensamiento de poder ser una carga para los demás.
- **Ansiedad:** La ansiedad es una reacción normal que experimenta el paciente ante el diagnóstico, durante el proceso del tratamiento o incluso después del tratamiento, debido a todos los cambios por los que está pasando en su vida. Son preocupaciones adicionales que tiene el paciente, que le generan tensión y que no lo dejan relajarse. La ansiedad puede aumentar la sensación de dolor, causar

vómitos y náuseas, alterar el ritmo del sueño... y, por lo tanto, interferir con la calidad de vida del paciente.<sup>(18,20)</sup>

➤ **Aislamiento:** Según aparece en el Instituto Nacional del Cáncer, las personas con cáncer se sienten a menudo solas o distanciadas de los demás. Las causas que propician este aislamiento pueden ser las siguientes:

- Es difícil para los amigos abordar el tema del cáncer y pueden no visitarle ni llamarle por teléfono por no saber cómo reaccionar.
- El paciente con cáncer puede sentirse muy mal como para participar en los pasatiempos y en las actividades que solía disfrutar.
- Y, a veces, aun cuando está con las personas que quiere, es posible que sienta que nadie entiende por lo que está pasando.<sup>(20)</sup>

➤ **Dependencia:** Algunos pacientes sienten que los problemas y compromisos asociados a la enfermedad les quedan grandes y no pueden afrontarlos, por lo que encomiendan a otras personas cercanas todas las responsabilidades. Esto puede llevar a los pacientes a sentirse inútiles e incompetentes, por lo que es importante que siga asumiendo algunas de las responsabilidades de las que se ocupaba antes.<sup>(18)</sup>

➤ **Tristeza:** La tristeza es una sensación muy común entre los pacientes con cáncer, pues el diagnóstico les supone la pérdida de su salud y de la vida que tenían antes de él. Es posible que lleve tiempo superar y aceptar todos los cambios que están sufriendo, por lo que puede que se sientan tristes incluso cuando hayan acabado el tratamiento.

La sensación de poseer muy poca energía, cansancio y exentas ganas de comer es habitual. En algunos pacientes, estos sentimientos desaparecen o disminuyen con el tiempo, pero sin embargo, en otros, estas impresiones se intensifican, los sentimientos dolorosos no mejoran y se interponen en la vida cotidiana, y pueden causar depresión.<sup>(18,20)</sup>

Según Gallar (2006), las reacciones emocionales que se producen tras el diagnóstico de cáncer, que son mecanismos adaptativos para reducir el estrés que genera el diagnóstico, se pueden resumir en la siguiente tabla<sup>(19)</sup>:

Negación	El paciente no cree en el diagnóstico que le han informado.
Evitación	Evita hablar del cáncer.
Distorsión	Distorsiona el diagnóstico autoconvenciéndose de que tiene otra enfermedad en lugar de cáncer.
Comparación positiva	El paciente asume actitud de pensar con optimismo en los casos de curación.
Búsqueda de información	El desconocimiento del pronóstico y efectos secundarios le genera incertidumbre y ansiedad.

### 2.2.2.1. Factores que determinan la respuesta psicológica.

Seguendo a Lipowski (1969), la reacción psicológica ante cualquier enfermedad, y por lo tanto ante el cáncer, tiene que ver con las siguientes variables <sup>(19)</sup>:

- Personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia personal que condicionan su respuesta en general ante eventos estresantes en forma de percepciones, emociones, ideas y conductas determinadas.
- La situación social y económica del paciente. Sobre todo por las reacciones de las personas más cercanas ante lo que está sucediendo y las visiones culturales de la enfermedad.
- Características del ambiente físico que le rodea.
- La naturaleza y características de la enfermedad tal y como son percibidas y evaluadas por el enfermo. Es fundamental el significado subjetivo atribuido a la enfermedad que es un proceso cognitivo pero no necesariamente racional o consciente. Este significado está condicionado por factores personales y culturales tanto conscientes como no conscientes y tiene que ver con un intento del paciente por reducir la ambigüedad, la incertidumbre y la ansiedad ante lo que está pasando.

Holland (1989) resume en la siguiente tabla los factores que determinan la respuesta psicológica ante el cáncer <sup>(19)</sup>:

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de cáncer, localización, estadio, síntomas, pronóstico.</li> <li>- Tratamiento prescrito (cirugía, radioterapia, quimioterapia) y secuelas (inmediatas y tardías).</li> <li>- Alteraciones físicas o funcionales: posibilidad de rehabilitación.</li> <li>- Apoyo y conocimiento psicológico del equipo asistencial</li> </ul>
RELACIONADOS CON EL ENFERMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspectos interpersonales: personalidad, mecanismos de afrontamiento, madurez emocional en el momento del diagnóstico, creencias religiosas, actitudes espirituales o filosóficas.</li> <li>- Aspectos interpersonales: cónyuge, familia, amigos (apoyo social)</li> </ul>
RELACIONADOS CON EL MARCO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación del diagnóstico frente al silencio y secretismo anterior.</li> <li>- Conocimiento de las opciones terapéuticas, pronóstico y participación en las decisiones.</li> <li>- Creencias populares (el estrés causa cáncer)</li> </ul>

### **2.2.3. Estrategias de afrontamiento y adaptación**

En las guías del Instituto Nacional del Cáncer se define «ajuste» o «adaptación psicosocial» al cáncer como “un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección”. Así mismo, se manifiesta que “la adaptación al cáncer no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al sujeto ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida con cáncer”. La adaptación normal o exitosa ocurre en los pacientes que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funcionamiento, regulando el malestar emocional y manteniéndose implicados en los aspectos de la vida importantes para ellos.

<sup>(16)</sup>

Por su parte, el afrontamiento se refiere a “los pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer, para lo cual puede recurrir a tres estrategias de afrontamiento principales: estrategias centradas en las emociones, estrategias centradas en los problemas y estrategias centradas en el significado”. Según expresa S. Barroilhet, en su tesis “Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer” <sup>(15)</sup>, las primeras ayudan a los pacientes oncológicos a regular su grado de sufrimiento emocional (p. ej., evitación, escape, búsqueda de soporte social, distanciamiento), las segundas les ayudan a manejar problemas específicos tratando de modificar directamente las situaciones problemáticas que causan dicho sufrimiento (p. ej., a través de búsqueda de información, resolución de problemas pendientes) y las terceras les ayudan a comprender el porqué de la enfermedad y el impacto que tendrá en sus vidas.

Los pacientes modifican sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la magnitud de su respuesta emocional y de su habilidad para regularla, de las oportunidades con las que cuentan para solventar los problemas que le surgen en cada situación y de los cambios que se producen en la relación de la persona con el entorno a medida que se desarrolla la situación. <sup>(21, 22)</sup>

El <estilo de afrontamiento> se refiere a la estrategia más utilizada por la persona para hacer frente y combatir las distintas situaciones de la vida, por lo que está relacionado con su disposición general y su personalidad. Algunos estudios prospectivos han conseguido identificar varias categorías respecto de los distintos estilos de afrontamiento, y su asociación relevante con el posterior resultado de la enfermedad. Estas categorías fueron validadas en pacientes con distintos tipos de cáncer a través del cuestionario de Adaptación Mental al Cáncer (MAC), el cual define cinco estrategias de afrontamiento principales: espíritu de lucha, evitación/negación, aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza. <sup>(15)</sup>

En una revisión de la literatura, Watson y Greer <sup>(15, 22, 23)</sup> concluyen que la aceptación estoica, preocupación ansiosa y desamparo/desesperanza están significativamente relacionados con la obtención de peores resultados en la enfermedad. El espíritu de lucha representa una postura activa en la cual el paciente acepta el diagnóstico, mantiene una actitud optimista y quiere participar en las decisiones médicas y luchar contra la enfermedad. La evitación/negación representa el rechazo del paciente ante el diagnóstico de cáncer, minimizando frecuentemente la gravedad del diagnóstico y evitando pensar en ello. Los pacientes con aceptación estoica asumen el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. En la preocupación ansiosa los pacientes suelen buscar

que les tranquilicen ya que sienten una ansiedad constante por el cáncer y presentan una tendencia a interpretar el malestar físico como señal de que la enfermedad se está desarrollando. Por último, el desamparo/desesperanza describe pacientes que adoptan una actitud completamente pesimista, abrumadas por el diagnóstico y con voluntad de darse por vencidos.

El afrontamiento influye en el resultado de la situación y en la valoración de ella por parte del individuo. El resultado positivo de una situación determinada conducirá a una valoración de beneficio, emociones positivas y un término del afrontamiento específico para esa situación. Por el contrario, el afrontamiento no cesa en situaciones de resultado insatisfactorio. <sup>(15, 21)</sup>

Las estrategias de afrontamiento empleadas pueden no resultar eficientes para controlar el estrés y el consecuente malestar emocional. Esto puede ocurrir debido a que la situación se mantiene o sigue empeorando, o bien a que la estrategia de afrontamiento empleada no fue lo suficientemente adecuada, proporcional y/o persistente como para controlar el estrés. Es necesario recurrir a determinadas estrategias de afrontamiento con el fin de llegar a un equilibrio que permita un afrontamiento continuado. <sup>(15, 22)</sup>

#### **2.2.4. Trastornos psiquiátricos asociados al cáncer**

El diagnóstico de cáncer supone a los pacientes un impacto psicológico importante, que genera distintos grados de sufrimiento emocional en prácticamente todos los pacientes oncológicos. Este sufrimiento psicológico definido como “una experiencia desagradable de naturaleza emocional, psicosocial, social o espiritual que interfiere en la capacidad de enfrentar el tratamiento de cáncer” se presenta a lo largo de un continuo que puede abarcar desde aspectos de la adaptación normal, con sentimientos normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temores, hasta los trastornos de la adaptación de la quinta edición revisada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) <sup>(24)</sup>; y obtener hasta un grado cercano, aunque inferior, al umbral (es decir, satisfacen algunos criterios para el diagnóstico, pero no todos) de trastornos mentales diagnosticables y hasta los síndromes que satisfacen todos los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo grave). Esto ocurre cuando la intensidad del evento estresor se prolonga, permanece por largos períodos de tiempo y sobrepasa la capacidad de adaptación o de respuesta ante la situación del paciente, afectando seriamente a su bienestar físico y mental alterando de forma significativa su calidad de vida <sup>(16)</sup>.

El problema está en que, debido a la creencia de que este sufrimiento emocional es una reacción previsible y común en los pacientes diagnosticados de cáncer, la mayoría de estos síndromes psiquiátricos pasan desapercibidos y no son tratados correctamente, o a tiempo, pudiendo causar problemas y daños mayores.

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en pacientes oncológicos tienen que ver, sobre todo, con sintomatología ansiosa y depresiva, que pueden producirse por el impacto del diagnóstico, por factores físicos como es el dolor, los cambios en la apariencia y otros síntomas, el miedo ante la posibilidad de una muerte cercana, los efectos secundarios de los tratamientos, las alteraciones en su forma de vida, etcétera.

En el Instituto Nacional del Cáncer (INH), se definen los trastornos de la adaptación como “reacciones ante un factor identificable de tensión psicosocial con un grado de psicopatología menos grave que los trastornos mentales diagnosticables como trastornos depresivos importantes o trastorno de ansiedad generalizado, y que, sin embargo, “superan en exceso las expectativas” o resultan en “discapacidad importante del funcionamiento social u ocupacional”.”. <sup>(16)</sup>

Por lo tanto, en un trastorno de adaptación la cantidad de sufrimiento es mayor que la esperada. Este trastorno afecta a sus relaciones o causa problemas en el hogar o el trabajo; e incluye síntomas de depresión y ansiedad, u otros problemas emocionales, sociales o de comportamiento. <sup>(25)</sup>

Un trastorno de la adaptación habitualmente empieza dentro de los tres meses de una situación que causa tensión y no dura más de seis meses después que se supera la situación. <sup>(25)</sup> Estos trastornos se encuentran en una zona de transición entre la adaptación normal y el desarrollo de psicopatología. <sup>(26)</sup>

En lo referente a los trastornos de ansiedad, podemos decir que la ansiedad se presenta en grados variables en los pacientes de cáncer y suele aumentar a medida que la enfermedad evoluciona o el tratamiento se vuelve más intensivo. <sup>(27)</sup>

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza. En la mayoría de los casos, esta reacción es transitoria, solo dura mientras persiste el estímulo temido y facilita la puesta en marcha de recursos. Esta ansiedad adaptativa motiva a los pacientes

y sus familias a tomar medidas para reducir la ansiedad (por ejemplo, obtener más información), por lo que les ayuda a adaptarse mejor a la enfermedad. Sin embargo, cuando la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas presentan un aumento anómalo, se mantienen en el tiempo y pueden tener un origen biológico, la ansiedad se considera desadaptativa. Estas reacciones de ansiedad desproporcionadas se clasifican, según expresa el NIH, como trastornos de adaptación que pueden afectar negativamente la calidad de vida del paciente e interferir en su capacidad para funcionar social o emocionalmente. Estas reacciones de ansiedad exigen una correcta detección e intervención.<sup>(27)</sup>

En cuanto a los trastornos depresivos, De acuerdo con el DSM-IV-TR <sup>(28)</sup>, la depresión mayor se define por “ el estado de ánimo deprimido permanentemente, y anhedonia (pérdida generalizada de interés o placer), que dura 2 semanas o más y se acompaña de al menos 4 de los 9 siguientes síntomas: trastornos del sueño, pérdida de peso o cambios en el apetito, retraso o agitación psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.”

Además del sufrimiento que genera la depresión en sí, en el paciente oncológico este trastorno puede afectar la evolución de la enfermedad neoplásica. El trastorno depresivo disminuye, en el paciente oncológico, el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de las estancias hospitalarias, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Puede considerarse también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados.

En un artículo de la *Revista Colombiana de Cancerología* <sup>(29)</sup>, se menciona que en un estudio con 103 pacientes, el estilo de afrontamiento depresivo se correlacionó con una disminución del tiempo de supervivencia, incluso cuando se tuvieron en cuenta otros factores de riesgo biomédicos como el grado tumoral y la clasificación histológica.

La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos es difícil de detallar y, la mayoría de las veces, es subestimada debido a la complejidad a la hora de realizar el diagnóstico de este trastorno, ya que muchos de los síntomas de la depresión se pueden confundir con los efectos fisiológicos del cáncer o de algunos tratamientos antineoplásicos.<sup>(26)</sup> Otro aspecto que dificulta la realización de un diagnóstico de trastorno depresivo en los pacientes oncológicos es la falsa creencia de que todas las personas con cáncer están deprimidas y que la depresión en una persona con cáncer es normal. Que, por lo tanto, los tratamientos no ayudan en estos casos y que es normal que las personas con cáncer sufran.<sup>(30)</sup> Según un artículo de la *Revista Colombiana de*

*Cancerología*, solamente se identifican entre el 10 y el 33% de los pacientes con cáncer como deprimidos.<sup>(29)</sup>

La prevalencia de trastornos psicopatológicos y síntomas de depresión, ansiedad y malestar emocional en pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios revisados y son más frecuentes que en pacientes con otras patologías y que en la población sana general.<sup>(31)</sup>

Cabe resaltar el estudio multicéntrico, mencionado en muchos artículos revisados, llevado a cabo por Derogatis y colaboradores, en 1983, sobre una muestra de 215 pacientes oncológicos, en el cual se determinó que si bien el 53% presentaban buena adaptación al diagnóstico de cáncer, el 47% de los pacientes mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico según el DSM-III. De éstos, el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido; 6% manifestaban un trastorno depresivo mayor; 4% un trastorno mental orgánico; 3% un trastorno de la personalidad y 2% un trastorno de ansiedad.<sup>(5, 32, 33)</sup>

Cierra. E. (1997) mantenía que “el 20% de pacientes neoplásicos presentan trastornos psiquiátricos, y de ellos más del 30% manifiestan trastornos de adaptación con síntomas de ansiedad y depresión”.<sup>(32)</sup>

Carlson et al. (2004) concluyeron en su trabajo que el malestar emocional es muy común en pacientes con cáncer a lo largo del diagnóstico y la trayectoria de la enfermedad; de hecho, mencionan que los trastornos en la adaptación pueden ocurrir en el 35-50% de los enfermos.<sup>(32)</sup>

Según el artículo “*Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*” de Jorge Maté, María F. Hollenstein y Francisco L. Gil (2004), el 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida también principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos.<sup>(5)</sup>

La investigación de Almanza. J, Breitbart. W. y Holland. J, (2005) dice que de “523 pacientes oncológicos estudiados, el 38% manifestaba dolor; de ellos se documentó trastornos depresivos en un 62%, trastornos de adaptación en un 43.7%, y 20 trastornos de ansiedad en un 25%. El dolor se asoció de manera significativa con la depresión, ansiedad y trastornos de personalidad”.<sup>(32)</sup>

Por su lado GIL. F. (2008) refiere que en “un estudio de 400 pacientes con cáncer de mama, pulmón y colon; la prevalencia de trastornos mentales correspondía al 24% de los investigados a decir del DSM-IV. De éstos, el trastorno adaptativo se ubica en

un 77% de la muestra, y alrededor del 22% tenía antecedentes psicopatológicos, entre los que destaca el 1% con trastorno depresivo mayor, el 0,5% trastorno de estrés postraumático (TEPT), 1,25% con distimia y el 1,75% con trastorno de ansiedad".<sup>(32)</sup>

Delgado-Guay et al. (2009) realizaron un estudio para determinar la relación entre la frecuencia y la intensidad de los síntomas físicos de pacientes con cáncer y sus expresiones de ansiedad y depresión. De un total de 216 pacientes, el 37% presentó un estado de ánimo deprimido, y el 44%, uno ansioso.<sup>(34)</sup>

En un artículo de la *Revista de la Facultad de Enfermería de la USP*, publicado también en 2009, se manifiesta que la depresión mayor se produce entre el 1,5 y el 57% de los pacientes con cáncer y que puede afectar a los pacientes en cualquier fase de la enfermedad. Así mismo, menciona, más concretamente, que la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer colorrectal es de un 36,7%.<sup>(35)</sup>

Un meta-análisis restringido a pacientes con cáncer y de alta calidad muestra que las estimaciones de prevalencia basadas en entrevistas clínicas estructuradas demostró que un tercio de los pacientes con cáncer sufren de algún tipo de trastorno mental durante la etapa de tratamiento (Singer et al., 2010).<sup>(36,37)</sup>

En un estudio más reciente, realizado en 2012 con 10.153 pacientes examinados<sup>(37)</sup>, se halló que el 19,0% de los pacientes mostraron niveles de ansiedad en el rango clínico, y otro 22,6% reportó síntomas subclínicos. Así mismo, se halló que un 12,9% de los pacientes mostró niveles de depresión en el rango clínico.

#### **2.2.4.1. Sistemas de evaluación**

Existe una amplia variedad de instrumentos diseñados para identificar el sufrimiento psicosocial en pacientes oncológicos.

En los pacientes de cáncer avanzado, se ha demostrado que una entrevista compuesta por una sola pregunta, tiene propiedades psicométricas aceptables y puede resultar útil para realizar una evaluación más exhaustiva sobre la enfermedad. Un ejemplo es preguntarles "¿Está deprimido?"<sup>(16)</sup>.

Otras herramientas de detección son<sup>(16)</sup>:

- Distress Thermometer (DT) & Problem List, que mide el sufrimiento y problemas relacionados con el sufrimiento.

- Brief Symptom Inventory (BSI), evalúa somatización, ansiedad, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica, psicosis y características obsesivo-compulsivas.
- Brief Symptom Inventory (BSI-18), es un instrumento que determina somatización, depresión, ansiedad, y sufrimiento general.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), mide los síntomas de depresión y ansiedad clínicas.
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT), se centra en cuatro dominios de calidad de vida: físico, funcional, social o familiar y bienestar emocional.
- Profile of Mood States (POMS), evalúa seis estados de ánimo: ansiedad, fatiga, confusión, depresión, ira y vigor.
- Zung Self-Rating Depression Scale, mide síntomas de depression.

La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), diseñada por fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983, es el instrumento de autoevaluación más utilizado para detectar malestar emocional (depresión y ansiedad) en población oncológica <sup>(38)</sup>

La HAD está constituida por 14 ítems que evalúan dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Permite obtener un resultado global de malestar emocional (HADST), así como los específicos de ansiedad (HADSA) y depresión (HADSD). La intensidad o la frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de 4 puntos (rango 0-3). Los puntajes entre 0 y 7 son considerados normales; entre 8 y 10, dudosos, y un puntaje mayor a 11, un problema clínico de depresión o ansiedad <sup>(34)</sup>. Para el presente estudio se incluyeron las tres variables emocionales (malestar emocional global, ansiedad y depresión).

Según publican M. Carmen Terol-Cantero, Víctor Cabrera-Perona, Maite Martín-Aragón en su artículo “*Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas*” (2015) <sup>(38)</sup>, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria tiene múltiples ventajas frente a otros instrumentos de evaluación, algunas de ellas son:

- Su sencillez y brevedad, que aumenta la probabilidad de aceptación para su uso.
- La posibilidad de evaluar ansiedad y depresión con la misma escala.
- La exclusión de ítems de carácter somático que pudieran confundirse en la evaluación de pacientes físicos con síntomas como pérdida de apetito y/o

energía, fatiga, insomnio, cambios en actividad, u otros trastornos fisiológicos.

- Sus ítems aluden a contenidos especialmente relevantes en contextos de salud, incluyendo respuestas cognitivas, emocionales y comportamentales de la ansiedad y la depresión.

### 2.3. EL APOYO SOCIAL

El apoyo social es considerado un concepto multidimensional, que puede influir en el bienestar general de los pacientes que viven con enfermedades crónicas y potencialmente mortales, como el cáncer. Puede tener un impacto positivo sobre el ajuste y la adaptación<sup>(39)</sup>.

Lin (1986) define, en el libro “Introducción a la Psicología Comunitaria”<sup>(40)</sup>, el apoyo social como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza”.

Según Schwarzer y Leppin el apoyo social hace referencia a la función y calidad de las relaciones sociales, tales como percepción de disponibilidad en caso de necesidad o el apoyo real recibido<sup>(42)</sup>.

Alfaro explica que “el apoyo social, alude a la dimensión perceptiva, cognitiva o representacional de los sujetos, a partir de la inserción en una red de relaciones sociales. [...] cumple funciones afectivas (permite comunicar hechos y sentimientos privados, preocupaciones e intereses compartidos), informacionales (capacidad de dar la oportunidad de aconsejar, guiar y ser guiado), y materiales (permite resolver problemas y satisfacer necesidades)”<sup>(42)</sup>.

El apoyo social cumple multitud de funciones diferentes, que podrían agruparse en tres categorías principales: la función emocional, la informativa que incluye recibir consejo, información y orientación; y la función instrumental, que hace referencia a la disponibilidad de ayuda en forma de servicios o recursos. Existe una tendencia a sopesar que el apoyo de tipo emocional es el más relevante para el bienestar de la persona, sobretudo en relación a las enfermedades graves como el cáncer, aunque todos los tipos de función son importantes<sup>(42)</sup>.

Según aparece en el artículo “The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients”<sup>(39)</sup>, de acuerdo con la hipótesis de

amortiguadores del estrés, la provisión de estos recursos emocionales, informativos o instrumentales proporcionados por los demás, puede facilitar la respuesta de afrontamiento activo y podría tener un efecto protector para aminorar los efectos patógenos de los acontecimientos estresantes.

El apoyo social se puede valorar desde distintos enfoques, cuantitativo-estructural (o de integración social) que evalúa la cantidad de vínculos en la red social del individuo, o cualitativo-funcional que se centra más en la calidad de las relaciones y la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el propio individuo del apoyo del que dispone.

En el artículo “Apoyo social, estrés y salud” de la revista académica “Psicología y salud” <sup>(43)</sup> se señala que “de acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud.”

Según publican Gema Costa-Requena, Rafael Ballester Arnal y Francisco Gil, en “The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients” <sup>(39)</sup>, el apoyo social puede influir en los esfuerzos de los pacientes con cáncer para gestionar su integridad física, así como las condiciones emocionales y la sensación de control sobre su proceso de enfermedad. También refieren que hallazgos anteriores muestran pruebas influyentes de la relación de un apoyo social percibido más bajo y unos niveles más altos posteriormente de angustia psicológica en el cáncer. El apoyo emocional era considerado un predictor significativo de bienestar mental y de una mejora de la salud física de los pacientes.

Siguiendo la misma línea Enrique Barra Almagiá menciona también en, el anteriormente mencionado, “Apoyo social, estrés y salud” que “la ausencia de tal apoyo social puede exponer al individuo a mayor estrés, el cual podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica ya sea de modo directo o mediante procesos psicológicos (por ejemplo, ansiedad o depresión)” <sup>(43)</sup>.

Otra forma de diferenciar las funciones del apoyo social es mediante la distinción entre el apoyo recibido, que se vincula con las características de la red social en cuanto a sus dimensiones estructurales y funcionales, y el apoyo percibido, que se refiere a la calificación subjetiva que hace el individuo en relación a la adecuación del apoyo proporcionado por esa red social. La evidencia muestra que la calidad percibida del apoyo disponible sería un mejor predictor de efectos en la salud que la disponibilidad o su mera recepción <sup>(43)</sup>.

### **2.3.1. Sistemas de evaluación del apoyo social**

Existen muchas herramientas para evaluar el apoyo social. Las que se utilizan con mayor frecuencia son la escala de Duke-UN, ASSIS (Arizona Social Support Interview Schedule) y el cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey).

El cuestionario MOS-SSS de apoyo social es un cuestionario que se utiliza mucho para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social. Es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social <sup>(44)</sup>.

Este cuestionario evalúa las dimensiones de apoyo estructural o cuantitativo, apoyo emocional/informacional, apoyo afectivo y apoyo instrumental. El cuestionario está formado por 20 ítems. El primero es abierto, y su respuesta es opcional, el resto se mide en una escala tipo Likert, con un patrón y una opción de respuesta en la que: 1= nunca, 2= casi nunca, 3= algunas veces, 4= casi siempre y 5= siempre. A mayor puntuación, mayor apoyo percibido <sup>(45)</sup>.

### 3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

---

Según la OMS, el cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el año 2012. Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70 % en las próximas décadas. <sup>(8)</sup>

Este grupo de enfermedades genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos.<sup>(31)</sup> Se ha demostrado que este malestar emocional genera una reducción en la calidad de vida de los pacientes oncológicos, repercute negativamente en el cumplimiento del régimen terapéutico debido a una menor adhesión, ralentiza la recuperación y prolonga las estancias hospitalarias, conllevando además una elevación en el riesgo de mortalidad por la propia enfermedad y un mayor riesgo de suicidio. <sup>(3,4)</sup>

La mayoría de las investigaciones sobre este tema confirman la importancia de los aspectos psicológicos en los pacientes con cáncer y su influencia en la evolución de la enfermedad. Ponen de manifiesto la necesidad de un tratamiento holístico e integral en este grupo de pacientes, que atienda tanto las necesidades físicas de los pacientes como las psicológicas y sociales; pero la realidad existente es que la mayoría de los profesionales de la salud se centran más en tratar la enfermedad que a la propia persona.

Según las revisiones, sigue habiendo dificultades para detectar malestar emocional y trastornos psicopatológicos en pacientes oncológicos, por lo que la mayoría de estas afecciones no son tratadas correctamente, pudiendo derivar en problemas mayores y/o más graves.

La importancia de una evaluación psicológica adecuada en este grupo de pacientes resulta evidente, y como profesionales de la salud, no debemos descuidar nunca un aspecto tan relevante como la salud mental y la calidad de vida de los mismos. Por tanto, detectar factores modificables que influyan en el estado emocional del paciente repercutirá en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes.

El cuidado emocional del paciente, así como la detección y prevención de aquellos factores que puedan repercutir sobre el mismo, forma parte, como elemento

fundamental, de los cuidados de enfermería, y hacer esto bien es algo que beneficia al propio paciente y a la profesión enfermera. Este estudio se proyecta con la intención de describir algunos de los aspectos citados (estado emocional, apoyo social percibido) y la relación entre ellos, a fin de poder planificar unos cuidados de enfermería, cada vez, de mayor calidad.

## 4. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

---

### 4.1. OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que se encuentren en fase de tratamiento, y su relación con factores socio-demográficos y otras variables clínicas de interés.
- Describir los niveles de apoyo social percibido en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, en fase de tratamiento, y su relación con factores socio-demográficos y otras variables clínicas de interés.
- Detectar la posible existencia de relación entre sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que se encuentren en fase de tratamiento, y el nivel de apoyo social percibido.

### 4.2. METODOLOGÍA

#### Tipo de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo y analítico, transversal y exploratorio o no epidemiológico.

#### Población y Muestra

El estudio se llevará a cabo en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife, en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), siendo la población diana los pacientes oncológicos mayores de edad diagnosticados de cáncer colorrectal y en fase de tratamiento que acudan al Hospital de Día Oncológico de dicho hospital en los 3 meses de duración de recogida de datos.

Los criterios de inclusión y exclusión para la muestra a estudiar serán los siguientes:

Inclusión	Exclusión
<p><b>Edad</b></p> <p>Todos los pacientes mayores de 18 años de edad que acudan al hospital de día del CHUC durante el periodo de recogida de datos.</p>	<p><b>Edad</b></p> <p>Los pacientes que tengan menos de 18 años de edad.</p>
<p><b>Sexo</b></p> <p>Hombres</p> <p>Mujeres</p>	<p><b>Consentimiento informado</b></p> <p>Se excluirá a los pacientes que no hayan aceptado, o firmado el consentimiento informado para ser partícipes del estudio.</p>
<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>Todos los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal en fase de tratamiento.</p>	<p>Pacientes que decidan no participar o que cumplieren menos del 70% de la encuesta.</p>
<p><b>Tiempo de diagnóstico</b></p> <p>Se incluirá a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal desde hace como máximo tres meses.</p>	<p>Pacientes que tengan dificultades lingüística, o deterioro cognitivo que dificulta comprender y responder de manera correcta las preguntas de los cuestionarios.</p>

Se incluirán todos los pacientes que acudan al Hospital de Día del CHUC a lo largo de un periodo de tres meses, que cumplan los criterios de inclusión, que acepten participar en el estudio y que no estén afectados por los criterios de exclusión.

### **Variables e instrumentos de medida**

Se recogerá información sociodemográfica y clínica mediante dos instrumentos de elaboración propia, uno para recopilar información clínica relevante para el estudio, directamente de la historia clínica (ANEXO 1), y otro para las variables sociodemográficas y otras variables de interés (ANEXO 2).

La sintomatología depresiva y/o ansiosa se valorará utilizando la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), descrita en el fundamento teórico de este proyecto (ANEXO 3).

Y, por último, para medir la percepción de apoyo social se empleará el cuestionario MOS-SSS de apoyo social (ANEXO 4).

### **Procedimiento**

Previamente al inicio de la investigación, se solicitará el permiso pertinente a la institución, en este caso Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. (ANEXO 5)

Una vez autorizados a realizar la investigación, se contactará con el servicio de oncología del Hospital de Día del CHUC, se explicará el propósito general de la investigación, los criterios de selección de la muestra, cuál será la metodología a emplear para la recolección de datos, y se mostrarán los cuestionarios que de forma anónima y voluntaria serán entregados a los pacientes oncológicos que formen parte del estudio. Tras esclarecer los objetivos y explicar el procedimiento de la investigación, se solicitará la colaboración del personal sanitario para la difusión del proyecto y facilitación de medidas para la realización de las encuestas.

Primero se solicitará semanalmente la lista de pacientes citados al personal sanitario. A medida que vayan llegando al servicio, se realizará una pequeña entrevista a cada paciente, de forma individual, para comprobar si cumplen los criterios de inclusión. A los pacientes que cumplan los criterios de inclusión se les informará del estudio en curso y se solicitará su participación voluntaria.

Los pacientes que acepten participar, firmarán un consentimiento informado y procederán a cumplimentar los cuestionarios; pasando a formar parte de la población de estudio. El encuestador permanecerá junto al paciente mientras completa el cuestionario, para solucionarle las posibles dudas que se le presenten.

La toma de datos total de cada paciente llevará unos 30 minutos aproximadamente, incluyendo la revisión de la historia clínica por parte del encuestador.

### **Técnicas de Procesamiento y Análisis estadístico de Datos**

Una vez que los cuestionarios estén contestados se procederá al volcado de datos para su estudio estadístico que se hará por medio de una comparación de variables

utilizando para ello el programa informático estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (Paquete estadístico para ciencias sociales) (SPSS 17.0).

El estudio descriptivo se hará mediante medidas de centralización y dispersión para las variables cuantitativas, y mediante frecuencias o porcentajes para las variables categóricas.

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

### **Consideraciones éticas**

En primer lugar, el proyecto de investigación será presentado y aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica del CHUC.

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

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

### 4.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y LOGÍSTICA

#### Cronograma de actividades

CRONOGRAMA 2016																								
MESES	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Solicitud de permisos	■	■	■	■																				
Entrega de cuestionarios					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Análisis de datos																	■	■	■	■				
Elaboración del informe																					■	■	■	■
<b>Total:</b> 6 meses.																								

#### Logística

Concepto	Unidad de medida	Cantidad/mes	Subtotal en Euros.	Tiempo en meses	Total en Euros
Investigador principal	Personas	1	0	5	0
Papelería			20	5	100
Contratación servicios estadísticos de Canarias	Personas	1	300	1	300
Transporte			10	5	50
Otros gastos			20	5	100
<b>Total:</b>					<b>550 €</b>

## 5. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Krikorian A, Limonero J, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology*. 2011;21(8):799-808. Disponible en : <http://www.dolorypaliativos.org/art34.asp>
2. Chérrez Gavilanes A. Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica Solca-Tungurahua, en el período 2013 [Grado]. Universidad técnica de ambato; 2014. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7650/1/Ch%C3%A9rez%20Gavilanes%20Alejandra%20Patricia.pdf>
3. Brintzenhofe-Szoc K, Levin T, Li Y, Kissane D, Zabora J. Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics*. 2009;50(4):383-391. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S0033318209708230>
4. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*. 2012;141(2-3):343-351. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S0165032712002212>
5. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología [Internet]*. 2004 [Acceso 7 Abril 2016];1(2):211 - 230. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A/16254>
6. AECC. El Cáncer [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer [Acceso 7 Abril 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Elcancer.aspx>
7. AECC. Origen de la enfermedad. [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer. [Acceso 7 Abril 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Origendelaenfermedad.aspx>

8. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2005. Disponible en : <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/situacionCancer.pdf>
9. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las Cifras del Cáncer en España 2016 [Internet]. Seom.org. 2016 [acceso 7 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016?showall=1>
10. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Cáncer de colon y recto [Internet]. Seom.org. 2016 [acceso 9 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/digestivo/colon-recto?start=1#content>
11. Cáncer colorrectal [Internet]. National Cancer Institute. 2016 [acceso 10 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal>
12. Piñeros C, cuartas m, Davalos D. El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2015 [acceso 9 Abril 2016];33(3):439-454. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3222>
13. Die Trill M. Impacto psicosocial del cáncer [Internet]. Contigo. Revista de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2016 [acceso 20 Marzo 2016]. Disponible en:  
  
[http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista\\_contigo/n\\_6/psicooncologia.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf)
14. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación - Segunda Opinión Médica en Oncología [Internet]. Cancer-consultants.com. 2016 [acceso 20 Marzo 2016]. Disponible en: <http://cancer-consultants.com/adaptacion-normal,-alteracion-psicosocial--y-trastornos-de-adaptacion.html>
15. Barroilhet Díez S, Forjaz M, Garrido Landívar E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Españolas de Psiquiatría [Internet]. 2005 [acceso 20 Marzo 2016];33(6):390 - 397. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Sergio\\_Barroilhet/publication/242755347\\_Conceptos\\_teorias\\_y\\_factores\\_psicosociales\\_en\\_la\\_adaptacion\\_al\\_cancer/links/00b49532b28ce44785000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Barroilhet/publication/242755347_Conceptos_teorias_y_factores_psicosociales_en_la_adaptacion_al_cancer/links/00b49532b28ce44785000000.pdf)

16. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento [Internet]. National Cancer Institute. 2015 [acceso 21 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq>
17. Holland J. Hong W. Holland-Frei cancer medicine 8. Shelton, Conn.: People's Medical Pub. House; 2010.
18. Dpto. de Sistemas de la Fundación General. Control de los efectos psicológicos [Internet]. Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca. Hematosalamanca.es. 2011 [acceso 23 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.hematosalamanca.es/index.php/pacientes-y-familiares/como-hacer-frente-al-cancer/61>
19. Cruz Romero M. Psicooncología [Maestría]. Universidad de Almería; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/3150/1/trabajoCruzRomero.pdf>
20. Los sentimientos y el cáncer [Internet]. National Cancer Institute. 2014 [acceso 25 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos#tristeza-y-depresion>
21. Hermosilla Ávila A, Sanhueza Alvarado O. Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. Ciencia y enfermería. 2015;21(1):11-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?tlng=es&nrm=iso&script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?tlng=es&nrm=iso&script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100002&lng=es)
22. Becerra Loayza I, Otero Franciere S. Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama [Grado]. Pontificia universidad católica del Perú; 2013. Disponible en: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5176/BECERRA\\_LOAYZA\\_OTERO\\_FRANCIERE\\_RELACION\\_CANCER.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5176/BECERRA_LOAYZA_OTERO_FRANCIERE_RELACION_CANCER.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Alonso Fernández C, Bastos Flores A. Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. Clínica Contemporánea. 2011;2(2):187-207. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>

24. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) [Internet]. 5th ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2014 [acceso 30 Abril 2016]. Disponible en: [https://uukwda-sn3301.files.1drv.com/y3mru7P8Ej5AoL31yHkYoatZBeXr0Kbm0n97I-8jC41VRJQffWb2OR3haUZY\\_Qlwpmv1sSYHT2Y6HbB8VCi4\\_VL7CiyPzf1po09Am9dfdiuowoYx02A1ycM-RCAzZETzOfhEcbwGRt6CV3kpMApn7GTDJJP5M6dkVHxCUu9KSYvT9w/Manual%20Diagnostico%20y%20Estadistico%20de%20los%20Trastornos%20Mentales%20DSM-5%20APA%205ed\\_booksmedicos.org.pdf?psid=1](https://uukwda-sn3301.files.1drv.com/y3mru7P8Ej5AoL31yHkYoatZBeXr0Kbm0n97I-8jC41VRJQffWb2OR3haUZY_Qlwpmv1sSYHT2Y6HbB8VCi4_VL7CiyPzf1po09Am9dfdiuowoYx02A1ycM-RCAzZETzOfhEcbwGRt6CV3kpMApn7GTDJJP5M6dkVHxCUu9KSYvT9w/Manual%20Diagnostico%20y%20Estadistico%20de%20los%20Trastornos%20Mentales%20DSM-5%20APA%205ed_booksmedicos.org.pdf?psid=1)
25. Trastornos de la Adaptación al Cáncer [Internet]. Geosalud.com. [acceso 29 Abril 2016]. Disponible en: [http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/cuidados\\_medicos\\_de\\_apoyo/adaptacion\\_pg\\_04\\_trastornos\\_adaptacion.html](http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/cuidados_medicos_de_apoyo/adaptacion_pg_04_trastornos_adaptacion.html)
26. Del Pino Muriel D. Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de "SOLCA" núcleo Quito - Ecuador, octubre - noviembre de 2011 [Grado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2012. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5350/T-PUCE-5576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Razavi DStiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients. *Support Care Cancer*. 1994;2(4):223-232. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00365726>
28. López-Ibor Aliño JValdés Miyar M. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
29. Pousa Rodríguez V, Miguelez Amboage A, Hernández Blázquez M, González Torres M, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2015;19(3):166-172. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-90152015000300006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152015000300006)
30. Depresión [Internet]. National Cancer Institute. 2016 [acceso 9 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq#section/all>
31. Hernández MAntonio Cruzado J. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 2013;24(1):1-9. Disponible en : [http://clysa.elsevier.es/es/la-atencion-psicologica-pacientes-con/articulo/S113052741370001X/#.V1DF0\\_nhDIU](http://clysa.elsevier.es/es/la-atencion-psicologica-pacientes-con/articulo/S113052741370001X/#.V1DF0_nhDIU)

32. Vélez Mora V, Sánchez Gómez K. Depresión y ansiedad en pacientes adultos bajo tratamiento antineoplásico maligno en el Hospital Oncológico de Solca de la ciudad de Loja en el periodo marzo-julio 2014 [Grado]. Universidad Nacional de Loja; 2015. Disponible en:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11037/1/tesis%20biblioteca%20karla.pdf>
33. Porta Sales J, Gómez-Batiste X, Tuca Rodríguez A. Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal [Internet]. 2nd ed. Madrid: Arán Ediciones S.L; 2016 [acceso 27 Abril 2016]. Disponible en:  
[https://books.google.es/books?id=zZNqb\\_96iRIC&printsec=frontcover&dq=isbn:8496881482&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2ifjFydzMAhUBfhoKHS57C-EQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=zZNqb_96iRIC&printsec=frontcover&dq=isbn:8496881482&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj2ifjFydzMAhUBfhoKHS57C-EQ6AEIHTAA#v=onepage&q&f=false)
34. Acosta A, Krikorian A, González C. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana* [Internet]. 2015 [acceso 13 Abril 2016];33(3):517-529. Disponible en:  
<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3148/3028>
35. Santos J, Mota D, Pimenta C. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43(4):909-914. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
36. Singer S, Das-Munshi J, Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care--a meta-analysis. *Annals of Oncology*. 2009;21(5):925-930. Disponible en:  
<http://annonc.oxfordjournals.org/content/21/5/925.full.pdf+html>
37. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*. 2012;141(2-3):343-351. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S0165032712002212>
38. Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) review in Spanish Samples. *Anales de Psicología / Annals of Psychology* [Internet]. 2015 [acceso 19 Mayo 2016];31(2):494-503. Disponible en:  
<http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.2.172701/175261>.

39. Costa-Requena G, Ballester Arnal R, Gil F. The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 2015 [acceso 17 Mayo 2016];20(1):25 - 32. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2015-20-1-5005/Influence\\_demographic.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2015-20-1-5005/Influence_demographic.pdf)
40. Herrero Olaizola J. «Redes sociales y apoyo social». En: Misitu Ochoa G, Herrero Olaizola J, Cantera Espinosa L, Montenegro Martínez M. *Introducción a la Psicología Comunitaria* [Internet]. 1st ed. Barcelona. España.: UOC; 2004 [acceso 19 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>
41. Varela Montero I. *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca* [Doctorado]. Universidad Complutense De Madrid; 2011. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/13346/1/T31110.pdf>
42. Ruiz M. Reseña de "Discusiones en psicología comunitaria" de J. Alfaro. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2003 [acceso 23 Mayo 2016];35(2):209-210. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535208>
43. Almagiá E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud* [Internet]. 2014 [acceso 23 Mayo 2016];14(2):237-243. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848/1562>
44. Suarez Cuba M. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2011 [acceso 24 Mayo 2016];17(1):60-67. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010)
45. Coyotl E, Morales F, Xicali N, Torres A, Villegas M, Tenahua I et al. Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research* [Internet]. 2015 [acceso 20 Mayo 2016];1(2). Disponible en: <http://formacionasunivep.com/ejhr/index.php/journal/article/view/5/5>

Otras referencias consultadas:

- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*. 1983;249(6):751-757. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=383261>

- Miovic MBlock S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007;110(8):1665-1676. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.22980/abstract;jsessionid=814EF4C8F044C7C9B2AA1608CD3D7F6D.f01t01>
- Gil Moncayo F, Costa Requena G, Javier Pérez F, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*. 2008;130(3):90-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-psicologica-prevalencia-trastornos-mentales-13115354>
- Maguire P, Faulkner A, Regnard C. Managing the anxious patient with advancing disease- a flow diagram. *Palliative Medicine*. 1993;7(3):239-244. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8261191>
- Hernández MAntonio Cruzado J. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 2013;24(1):1-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742013000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001)
- Biblioteca del Complejo Hospitalario Universitario “Juan Canalejo” de A Coruña. Estilo de Vancouver [Internet]. *Fisterra.com*. 2006 [acceso 27 May 2016]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>



## ANEXO 2.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Le rogamos que responda a las diferentes preguntas planteadas en este cuestionario bien sea marcando con una "X" las casillas correspondientes o bien rellenando las líneas "\_\_\_\_" con las respuestas adecuadas. Ante todo, se conservará la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Agradecemos su colaboración

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad: \_\_\_\_\_ años.

3. Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a / Con pareja
- Divorciado/a / Separado
- Viudo/a

4. ¿Tiene usted hijos?

- Sí.
- No.

5. ¿Tiene usted hermanos?

- Sí.
- No.

6. ¿Con quién reside en su domicilio?  
(Puede marcar más de una opción).

- Sólo
- Con mi pareja
- Con mis hijos
- Otros: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo puede considerar la relación que existe entre los miembros de su unidad familiar?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No existe relación

8. Nivel académico:

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Estudios superiores

9. Situación laboral actual (En caso de estar laboralmente activo, indique cuál es su profesión):

- Laboralmente activo.
- Laboralmente inactivo.
- De baja laboral
- En paro.
- Jubilado
- Estudiante

### ANEXO 3.

#### Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

#### **A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:**

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

#### **D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:**

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

#### **A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

#### **D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

#### **A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D.3. Me siento alegre:**

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

**A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:**

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

**D.4. Me siento lento/a y torpe:**

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

**A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:**

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

**D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

**A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

**D.6. Espero las cosas con ilusión:**

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

**A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

**D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

#### ANEXO 4.

### CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS-SSS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?  
(personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos : \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5

8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

## ANEXO 5

<b>SOLICITUD DE PERMISO A LA INSTITUCIÓN</b>
--

A: Gerencia del Hospital Universitario de Canarias

Yo, Elena China Rancel, con D.N.I 45895354-G y domicilio en C/Juan Marrero nº1, San Miguel de Abona, Santa Cruz de Tenerife, solicito permiso llevar a cabo el trabajo de investigación "*Apoyo social y malestar emocional en pacientes oncológicos atendidos en el Complejo Hospitalario de Canarias*", dirigido por D<sup>a</sup> M Lourdes Fernández López, Profesora Titular de Universidad.

Los objetivos del estudio son determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que se encuentren en fase de tratamiento, y su relación con factores socio-demográficos y otras variables clínicas de interés; y determinar la relación existente entre la prevalencia de dicha sintomatología ansiosa y/o depresiva y el nivel de apoyo percibido por los pacientes. Para ello se realizará un estudio descriptivo y analítico, no experimental y de carácter transversal, que se desarrollará en el Hospital de Día Oncológico del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (HUC). La población diana del estudio son los pacientes oncológicos mayores de edad diagnosticados de cáncer colorrectal y en fase de tratamiento que acudan al servicio durante los 3 meses de duración de recogida de datos, y cuya participación será estrictamente voluntaria, garantizándose además el anonimato de los participantes. Para la recogida de datos se utilizarán dos cuestionarios de elaboración propia, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el cuestionario MOS-SSS de apoyo social, de los cuales se adjunta copia.

Quedo a su disposición para cualquier información más detallada acerca del proyecto de investigación en el correo electrónico elena\_chinea@hotmail.com.

Agradeciendo de antemano su colaboración,

Un cordial saludo,

En La Laguna a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este consentimiento informado está dirigido a pacientes oncológicos diagnosticados de cáncer colorrectal desde hace tres meses o menos, y que estén recibiendo tratamiento quimioterapéutico en el Hospital de Día del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, para invitarles a participar en un estudio de investigación cuyo título es: “***Apoyo social y malestar emocional en pacientes oncológicos atendidos en el Complejo Hospitalario de Canarias***”

Dicho estudio tiene como objetivos los siguientes:

- Determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que se encuentren en fase de tratamiento, y su relación con factores socio-demográficos y otras variables clínicas de interés.
- Describir los niveles de apoyo social percibido en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, en fase de tratamiento, y su relación con factores socio-demográficos y otras variables clínicas de interés.
- Detectar la posible existencia de relación entre sintomatología ansiosa y depresiva en un grupo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, que se encuentren en fase de tratamiento, y el nivel de apoyo social percibido.

Y su finalidad es indagar sobre las consecuencias de una percepción de apoyo social inadecuada y/o insuficiente, así como analizar los posibles beneficios de recibir un buen apoyo social para posteriormente poder trabajar este aspecto y mejorar la calidad de vida, previniendo la aparición de estos trastornos psicopatológicos, de este grupo de pacientes.

La participación en la investigación estará basada en una pequeña entrevista y la cumplimentación de tres cuestionarios, que no le llevarán más de 30 minutos.

Su participación es completamente voluntaria, y decida participar o no, no se producirá ningún cambio en la atención y los servicios que ha estado recibiendo hasta ahora. Del mismo modo si, aun habiendo aceptado participar en el estudio, usted desea abandonarlo, puede hacerlo sin que ello tenga repercusión alguna.

Por otro lado, se le garantiza que los datos que usted aporte serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial, como indica la *15/1999 Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, del 13 de diciembre*.

Yo Don/ Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad por la investigadora Elena Chinaa Rancel, sobre el estudio citado y acepto participar en él. Además, manifiesto que se me ha dado tiempo y oportunidad para plantear dudas, y que todas ellas han sido resueltas satisfactoriamente.

Concedo mi consentimiento de manera totalmente voluntaria, y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ninguna repercusión sobre mi situación actual y los servicios que se me brindan.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2016

**Firma del participante**

**Firma del investigador**