



Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos*

Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos

Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care

Cissa Azevedo¹, Juliana Dias Reis Pessalacia², Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli³, Maria da Graça Pereira⁴

Como citar este artículo:

Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>

* Extraído de la disertación "Qualidade de vida, apoio social e depressão em usuários da Atenção Primária à Saúde elegíveis para Cuidados Paliativos", Universidade Federal de São João del Rei, 2015.

¹ Universidade Federal de São João del Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Divinópolis, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas, Três Lagoas, MS, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the relationship between social support, quality of life and depression in patients eligible for palliative care at Primary Health Care of a municipality in the interior of Minas Gerais, Brazil. **Method:** A correlational cross-sectional study carried out with patients treated in six primary health care units. Data were submitted to descriptive statistical analysis, tests for differences between averages and medians, and correlation tests. The significance level was 0.05. **Results:** The sample consisted of 115 participants, and it was identified that the higher the social support, the better the global quality of life ($p < 0.001$) and functional quality of life ($p = 0.035$); the greater the presence of physical symptoms, the lower the level of social support ($p = 0.012$) and the higher the level of depression ($p < 0.001$); the higher the symptoms of depression, the worse the global quality of life ($p < 0.001$), functional quality of life ($p < 0.001$) and the lower the levels of social support ($p < 0.001$). **Conclusion:** Levels of quality of life, social support and depression of patients eligible for palliative care are influenced by socioeconomic factors such as marital status, gender, age, income, education and presence of a caregiver.

DESCRIPTORS

Palliative Care; Quality of Life; Social Support; Depression; Primary Health Care; Primary Care Nursing.

Autor correspondiente:

Cissa Azevedo
Rua Sebastião Gonçalves
Coelho, 400 – Chanadour
CEP 35501-296 – Divinópolis, MG, Brasil
cissa.ufsj@gmail.com

Recibido: 04/10/2016
Aprobado: 04/04/2017

INTRODUCCIÓN

Estamos experimentando actualmente en el contexto global, especialmente en los países desarrollados, un proceso de transición demográfica y la población, con el rápido envejecimiento global y los cambios en la prevalencia de la enfermedad⁽¹⁾. Este contexto ha suscitado la necesidad de cuidados paliativos (CP), cuyo enfoque no se basa sólo en los pacientes en fase terminal, sino también en aquellos que están iniciando el curso de la enfermedad. Se sabe que CP ofertados precozmente pueden ofrecer innumerables ventajas, principalmente en lo que se refiere a la calidad de vida (CV) del paciente, de cuidadores y de familiares⁽²⁾.

Es importante resaltar que, a pesar de que tradicionalmente los CP son ofrecidos a pacientes con diagnóstico de cáncer, debido principalmente a los innumerables síntomas provocados por tal enfermedad, actualmente se cree que la gran demanda de CP se deba a las diversas enfermedades crónicas no transmisibles, y también, y no menos importante para algunas enfermedades crónicas transmisibles, tales como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y casos de Tuberculosis resistentes⁽²⁾.

Aunque ya existen varios servicios especializados en CP, muchos pacientes con enfermedades crónicas no cancerosas son asistidos en el ambiente de Atención Primaria a la Salud (APS). Así, considerando el hecho de que la mayoría de la gente prefiere morir en casa y no en hospitales, el papel de la APS en los CP se vuelve cada vez más importante y significativo⁽³⁾.

Los CP son cuidados dispensados por un equipo multidisciplinario, con el objetivo de optimizar la CV de pacientes y sus familias, delante de una enfermedad grave, independientemente del pronóstico. Los CP pueden entonces iniciarse en cualquier fase de una enfermedad crónica, y en conjunto con tratamientos curativos o de prolongación de la vida⁽⁴⁾.

Mientras que algunos estudios han demostrado que los profesionales de la APS consideran CP como parte de sus responsabilidades para con sus pacientes, se sabe que aun así pocos pacientes con enfermedades crónicas reciben CP correctamente y con calidad en este nivel de atención^(1,3,5). Un importante desafío para la implementación de los CP en la APS es la adecuada evaluación del paciente, incluyendo la identificación de parámetros que apoyen de forma científica y clínica el diagnóstico de éstos. Se percibe que, a pesar de los avances, la complejidad de las situaciones que involucran esta modalidad de cuidado trae a los profesionales de la salud dificultades en el manejo de los síntomas y sufrimientos físicos, psicosociales y espirituales que interfieren directamente en la CV. Por lo tanto, las medidas de evaluación se hacen necesarias para la identificación de las demandas, en las evaluaciones de los servicios y cuidados ofrecidos y, principalmente, en la definición de conductas más adecuadas e individualizadas⁽⁶⁾.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre apoyo social, CV y depresión en pacientes elegibles para CP atendidos en la APS de un municipio en el interior de Minas Gerais, Brasil. Se propuso también evaluar las relaciones entre CV, apoyo social, depresión y las variables capacidad funcional, edad, sexo, escolaridad y presencia de

cuidador, número de hijos, ocupación, situación conyugal, diagnóstico e ingreso individual. Estudios como este son relevantes, ya que pocos están disponibles en la literatura sobre aspectos psicosociales en CP⁽⁷⁻⁹⁾. Además, se cree que la identificación de la influencia de los aspectos psicosociales podrá minimizar los sufrimientos emocionales, espirituales y sociales en esos individuos, además de contribuir al establecimiento de las reales necesidades de salud pública frente a los desafíos que los CP representan para el sistema de salud.

MÉTODO

PROCEDIMIENTO Y MUESTRA

Estudio transversal correlacional, realizado con pacientes elegibles para CP atendidos en seis unidades de la APS (UAPS) de un municipio del interior de Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales en el domicilio de los pacientes involucrados, en el período de marzo a junio de 2015.

Inicialmente por medio de un estudio previo⁽¹⁰⁾, se identificó, de acuerdo con criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾, que la demanda de pacientes elegibles para CP en las seis UAPS donde la encuesta fue realizada era de 687 pacientes. Así, tras la identificación de esta demanda, se aplicó la Escala de Performance de Karnofsky (KPS) en los prontuarios de los pacientes identificados, con el objetivo de clasificarlos en cuanto a la necesidad de recibir CP precoces o exclusivos.

KPS es un instrumento utilizado para medir la capacidad funcional de las personas afectadas por cualquier enfermedad. Se compone de una escala de 11 valores distribuidos entre cero (muerte) y 100% (completa independencia funcional). Los usuarios con performance de valores inferiores al 70% en la escala tienen indicación precoz de CP, y con valores inferiores al 50% tienen indicación exclusiva para CP. Se sabe que la capacidad funcional de un paciente es determinada por diversos factores, tales como edad, sexo, etapa de la enfermedad y la presencia de síntomas físicos, sin embargo, se considera que la KPS es una forma útil de evaluación en la práctica clínica, una vez que identifica la consecuencia de los aspectos físicos y biológicos en el cotidiano del paciente⁽¹¹⁾.

Además, cabe resaltar que en este estudio también fue considerada la clasificación tripartita A, B y C de la KPS, y que actualmente es considerada como el algoritmo propuesto para la evaluación de este instrumento. Para esto, tres preguntas fueron contestadas, a saber: (1) *El paciente es capaz de trabajar y desarrollar sus actividades normalmente?* Si la respuesta fuera "sí", se preguntó: *¿El paciente presenta síntomas?* Y de acuerdo con esta respuesta el paciente recibió la clasificación entre el 80% y el 100% de la KPS. En los casos en que la pregunta (1) tenía una respuesta negativa se formulaba la pregunta (2): *El paciente permanece en cama durante más de 12 horas?* Si la respuesta de la pregunta (2) fuera "no", se verificó: *¿El paciente necesita asistencia, por ejemplo, para alimentarse y vestirse?* Y en ese caso el paciente recibía la clasificación entre el 50% y el 70% de la KPS. Por último, si

la respuesta a la pregunta (2) fuera “sí”, se verificó por medio de la pregunta (3): *¿Cuál es el grado de deficiencia del paciente?* Y de acuerdo con el nivel de discapacidad el paciente recibió la clasificación entre el 0% y el 40% de la KPS⁽¹¹⁾.

Después de la aplicación de la KPS, los participantes fueron seleccionados por los siguientes criterios: edad igual o superior a 18 años; según la capacidad funcional, con indicación precoz (Escala de Karnofsky < 70%) o exclusiva (Escala de Karnofsky < 50%) para asistencia en CP⁽¹¹⁾; y tener capacidad cognitiva para la participación (aplicación del mini-exame del Estado Mental)⁽¹²⁾. Por lo tanto, de los 687 pacientes elegibles para CP, sólo 185 presentaron un valor de KPS igual o inferior al 70%, y de estos 51 no pudieron responder al mini-exame del estado mental, nueve eran menores de 18 años, cuatro cambiaron de domicilio, tres fallecieron, dos estaban internados en el período de recolección de datos, y uno se rehusó a participar en la investigación. Por lo tanto, la muestra final de este estudio consistió en 115 participantes.

La estimación mínima de la muestra (n=44) fue obtenida a partir de los criterios propuestos para el coeficiente de correlación en estudio transversal⁽¹³⁾, siendo considerada la correlación entre las medidas de CV y apoyo social entre ancianos ($r=0,416$)⁽¹⁴⁾ con un nivel de significancia del 5% y un poder de prueba del 80%. Se resalta que se respetó la Resolución 466/2012 y la investigación fue aprobada bajo CAAE 32868414.6.0000.5545, opinión nº 742.851 por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente, vía Plataforma Brasil.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para la caracterización de los participantes, se utilizó un cuestionario elaborado por los autores que contempló las siguientes cuestiones: sexo, presencia o no de cuidador, tipo de cuidador, edad, etnia, situación conyugal, número de hijos, escolaridad, ocupación actual, renta salarial mensual, diagnóstico médico, presencia o ausencia de comorbilidad y cuáles eran esas comorbilidades. A través de este cuestionario fue posible abordar características sociodemográficas y los principales aspectos clínicos de los pacientes elegibles para CP⁽²⁾.

La CV se midió a partir de la escala de la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C15-PAL), la cual fue validada en pacientes oncológicos. La elección de este instrumento se basó en el hecho de que no se encontró otro instrumento validado en Brasil específico para CV en CP. Este instrumento se compone de 15 elementos distribuidos en tres subescalas o dominios, siendo estos: Escala funcional (cinco ítems), Escala de síntomas (nueve ítems) y, por último, Estado Global de Salud (un ítem). La validación en Brasil se realizó en pacientes con cáncer avanzado⁽¹⁵⁾, y las respuestas a las primeras 14 preguntas se dan en la escala Likert de cuatro puntos, ya que la última cuestión se evalúa a la escala Likert de siete puntos. La puntuación mínima posible para este instrumento es de 15 puntos y máxima de 63 puntos. Para la interpretación se debe analizar por separado cada subescala, siendo necesario realizar la transformación de los escores brutos en escores que varían de cero a 100, de forma que cuanto más alta sea la puntuación para la subescala funcional, más sano es el

individuo, mientras que una puntuación alta para la subescala de síntomas indica mayor presencia de síntomas⁽¹⁶⁾.

Para evaluar el nivel de apoyo social, se utilizó la escala *Medical Outcome Study* (MOS). La versión fue traducida, adaptada y validada para lengua portuguesa y está compuesta por cinco dimensiones de apoyo social: material, afectiva, interacción social positiva, emocional e información. Para todas las preguntas, las respuestas se dan en escala Likert de cinco puntos, siendo la puntuación mínima 19 puntos y máxima de 95. La puntuación final es obtenida por la suma de los puntos totalizados por las preguntas de cada una de las dimensiones y divididos por la puntuación máxima posible de la misma dimensión, siendo que cuanto más alta es la puntuación, mayor es el nivel de apoyo social⁽¹⁷⁾.

Por último, para la identificación de los síntomas de depresión, se utilizó la Escala de Depresión *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D). La versión fue traducida, adaptada y validada para lengua portuguesa y contiene 20 ítems relacionados con el humor, síntomas somáticos, interacciones con los demás y funcionamiento motor. Las respuestas se dan en la escala de Likert que incluye las opciones nunca o rara vez (0) a veces (1), a menudo (2) y siempre (3). La puntuación es una suma simple que varía de cero a 60, siendo que una puntuación entre 12 y 60 es indicativa de presencia de síntomas de depresión⁽¹⁸⁾.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados y analizados a través del programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 21.0. Para el análisis descriptivo de las variables continuas se utilizaron medidas de posición media y mediana y de variabilidad desviación estándar (DP) y amplitud intercuartílica (p25-p75). La frecuencia simple se utilizó para las variables categóricas. Las variables escalares fueron evaluadas en cuanto a la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach. Antes de verificar las relaciones entre las variables, fue investigado si los supuestos de la estadística paramétrica estaban presentes o no en la muestra. Así, el resultado de la prueba Shapiro-Wilk demostró que las variables no tienen distribución normal, con excepción de la variable medida de la CV.

Para comparar los promedios de CV y medianas de apoyo social y depresión según las variables sexo, presencia de cuidador, ocupación, situación conyugal y diagnóstico, se realizaron las pruebas *T* de Student y Mann-Whitney, según la normalidad de la variable escalar.

Para identificar posibles relaciones entre las variables CV, apoyo social, depresión y edad, escolaridad, capacidad funcional, ingresos y número de hijos, se utilizó la prueba de correlación de Spearman. Las fuerzas de las correlaciones se analizaron considerando que los valores entre 0,10 y 0,30 se clasificaron como de baja magnitud, entre 0,4 y 0,6 de moderada magnitud y por encima de 0,7 de fuerte magnitud⁽¹⁹⁾. A continuación, se realizó la prueba de correlación parcial, controlada por sexo, edad, número de hijos, escolaridad, ingreso individual, presencia de cuidador y situación conyugal, a fin de probar la relación entre las variables: medidas de apoyo social y CV, medida de apoyo social y depresión y las medidas de CV y depresión. Para este análisis,

las variables escalares que tuvieron distribución asimétrica sufrieron transformación logarítmica. Se adoptó el nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

La muestra del presente estudio fue compuesta por 115 participantes, cuya mediana de edad fue de 68 años (59,0-76,0), y la mediana de escolaridad fue de cuatro años de estudio (2,0-5,0). En cuanto al ingreso mensual individual, la mediana fue de un salario mínimo. En cuanto al sexo, el 64,3% de los participantes pertenecen al sexo femenino y el 35,7% al masculino, y en cuanto a la etnia, el 50,4% se declaró blanco. En lo que se refiere a la situación conyugal, el 64,3% están casados o están en una unión consensuada, y por fin en relación a la ocupación, el 62,6% son jubilados.

En cuanto a los datos clínicos, el 60,9% de los participantes tienen diabetes (34,8%) o diabetes asociada a otras patologías (26,1%). El 12,2% tiene cáncer y el 5,2% son portadores de secuela de accidente vascular encefálico (AVE). En cuanto a la presencia de comorbilidades, el 76,7% reportó hipertensión arterial sistémica (HAS). En la presencia de cuidador, el 69,6% dijo poseer algún cuidador siendo que de los 31,3% citaron a los cónyuges y el 24,3% a los hijos.

El resultado obtenido por la escala de CV indicó un valor medio en la subescala funcional de 51,8 (DE = 21,2). La

media de la subescala relacionada con la presencia de síntomas físicos fue de 43,4 (DE = 20,5), y por último la media de la subescala Estado Global de Salud, de 68,1 (DE = 29,3). El alfa de Cronbach de este instrumento, en la presente muestra, fue de 0,6.

En relación al nivel de apoyo social, la mediana encontrada fue 78,0 (63,0-91,0), variando entre 27 y 95 puntos. En cuanto al análisis de los resultados por dimensiones del apoyo social, se encontraron los siguientes parámetros: interacción social positiva y apoyo afectivo con mediana 29,0 (23,0-34,0), apoyo emocional y de información con mediana 32,0 (25,0-38,0) y apoyo material con mediana 19,0 (14,0-20,0). Los puntajes máximos para sus dimensiones son: 40, 35 y 20 puntos. El alfa de Cronbach de este instrumento, en el presente estudio, fue de 0,9.

En la evaluación de la presencia de síntomas de depresión evaluada por la aplicación de la CES-D, se obtuvo una mediana de 23,0 (14,0-32,0) variando entre dos y 49 puntos, es decir, de los 115 participantes 88,7% presentaron síntomas de depresión. El alfa de Cronbach de este instrumento, en la presente muestra, fue de 0,8.

Se realizaron pruebas de comparación de la distribución de las medidas de CV (puntuación total), apoyo social y depresión con las variables sexo, presencia de cuidador, diagnóstico, ocupación y situación conyugal (Tabla 1).

Tabla 1 – Resultados de las pruebas de comparación de la distribución de las medidas CV, apoyo social y depresión con las variables sexo y presencia de cuidador – Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variables	CV*		Apoyo social**		Depresión**	
	Media (DP)	p	Mediana (p25-p75)	P	Mediana (p25-p75)	p
Sexo						
Masculino (n=41)	34,8 (6,9)	< 0,001	86,0 (77,0-95,0)	< 0,001	15,0 (11,5-37,0)	< 0,001
Femenino (n=74)	39,7 (6,2)		72,5 (60,0-95,0)		27,0 (17,0-46,2)	
Cuidador						
Si (n=80)	38,1 (6,6)	0,821	85,0 (72,5-95,0)	< 0,001	20,0 (14,0-45,7)	0,106
No (n=35)	37,8 (7,4)		66,0 (58,0-95,0)		29,0 (15,0-42,2)	
Diagnóstico						
Cáncer (n=18)	39,8 (6,9)	0,266	82,5 (67,0-93,0)	0,276	27,0 (16,2-32,0)	0,505
No cáncer (n=97)	37,8 (6,9)		77,0 (62,5-90,0)		21,0 (14,0-33,0)	
Ocupación						
Jubilado (n=89)	37,9 (7,1)	0,671	78,0 (62,5-89,5)	0,512	21,0 (14,0-32,0)	0,448
No jubilado (n=26)	38,6 (6,5)		79,5 (65,7-92,2)		25,5 (14,7-33,0)	
Situación conyugal						
Casado (n=74)	37,5 (6,6)	0,181	81,5 (66,7-93,0)	0,011	21,5 (14,0-31,2)	0,228
No casado (n=41)	39,3 (7,4)		72,0 (58,0-86,0)		26,0 (14,5-33,5)	

Nota: *Test T de Student **Test Mann-Whitney

Se constató, por lo tanto, mayores puntuaciones de la medida de CV entre mujeres. Los hombres presentaron mayor mediana de la puntuación de la medida de apoyo social y menores síntomas de depresión. Se observó también que mayores niveles de apoyo social estuvieron presentes en pacientes con presencia de cuidador y en pacientes casados (Tabla 1).

En la Tabla 2, se presentaron los resultados de la prueba de Correlación de Spearman entre las medidas de CV, apoyo social, depresión y la variable edad.

Al analizar la presencia de posibles relaciones entre las variables CV global, CV funcional, CV relacionada a los síntomas, apoyo social, depresión y edad, escolaridad, número de hijos y capacidad funcional, se constató, conforme a la Tabla 2, que cuanto mayor es la edad, mayor es la CV global (correlación débil), cuanto menor la escolaridad, mejor es la CV global (correlación débil), y cuanto mayor la renta, mayor es la CV global (correlación débil).

En la Tabla 3, se presentan los coeficientes de correlación parcial entre las variables apoyo social, depresión, CV global,

CV relacionada a los síntomas y CV funcional, controladas por las variables: edad, sexo, número de hijos, escolaridad y capacidad funcional.

A través de los resultados de correlación parcial, se constató que: cuanto mayor el apoyo social, mejor es la CV global (correlación moderada) y funcional (correlación débil); cuanto mayor sea la presencia de síntomas físicos, menor el

nivel de apoyo social (correlación débil) y mayores los niveles de síntomas de depresión (correlación moderada); y cuanto mayores son los síntomas de depresión, peor es la CV global (correlación moderada), funcional (correlación moderada) y menores los niveles de apoyo social (correlación moderada), independientemente del sexo, la edad, la renta, la escolaridad, el número de hijos, presencia de cuidador y situación conyugal.

Tabla 2 – Coeficiente de Correlación de Spearman (r) entre las medidas CV, apoyo social y depresión con la variable edad – Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variables		Apoyo social	Depresión	CV global	Escala de CV funcional	Escala de CV síntomas
Edad	r	0,118	-0,089	0,316	-0,001	-0,077
	p valor	0,211	0,343	<0,001	0,996	0,415
Escolaridad	r	-0,019	-0,025	-0,234	-0,136	0,033
	p valor	0,838	0,794	0,012	0,146	0,726
Nº de hijos	r	0,077	-0,038	-0,014	-0,069	-0,009
	p valor	0,414	0,683	0,885	0,465	0,927
Ingresos	r	0,039	-0,164	0,187	-0,089	-0,078
	p valor	0,681	0,080	0,046	0,344	0,407
Capacidad funcional	r	-0,056	-0,115	0,084	0,488	-0,070
	p valor	0,555	0,221	0,370	<0,001	0,455

Tabla 3 – Coeficientes de correlación parcial (r) entre las variables apoyo social, depresión, CV global, CV relacionada a los síntomas y CV funcional – Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variables		CV global	CV funcional	CV síntomas	Apoyo social
Apoyo Social	r	0,455	0,203	-0,242	-
	p valor	<0,001	0,035	0,012	-
Depresión	r	-0,429	-0,527	0,597	-0,439
	p valor	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Nota: Modelo ajustado por las variables sexo, edad, renda, número de hijos, escolaridad, presencia de cuidador y situación conyugal.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio apuntan que los CP integran las necesidades y las demandas de salud de la APS y, por promover la CV del paciente y de sus familiares en el proceso de enfrentamiento de enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, es necesario preparar las unidades de salud para hacer frente a este nuevo escenario de atención. La asistencia en CP previene y alivia el sufrimiento del paciente, por medio de identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuado del dolor, así como de problemas físicos, psicosociales y espirituales, siendo esencial para garantizar la integralidad del cuidado. Así, un importante desafío para la implementación de los CP en la APS es una adecuada evaluación del paciente, incluyendo la identificación de parámetros de apoyo al diagnóstico, con la incorporación de medios y la preparación del equipo para aumentar la capacidad resolutoria de las UAPS. Por lo tanto, la utilización de instrumentos para la evaluación de los constructos CV, apoyo social y depresión puede ser útil en la asistencia a pacientes con indicación para CP en servicios de la APS, ampliando la clínica y el alcance de los cuidados, principalmente del equipo de enfermería.

Los resultados de los datos clínicos y la caracterización de la muestra apuntan que el 88,7% de los pacientes que participaron en el presente estudio presentaron síntomas de depresión. Se sabe que los estados depresivos, ya sea por la prevalencia o por las consecuencias que éstos causan, tienen una

importancia significativa como problema de salud pública⁽²⁰⁾. Específicamente en el ámbito de los CP, estudios apuntan que la prevalencia de enfermedades psiquiátricas está fuertemente asociada al nivel de dolor y a la capacidad funcional de los pacientes. Se cree que la morbilidad psicológica perjudica significativamente la actividad, el humor, el sueño y las relaciones del paciente, lo que refuerza la importancia de una evaluación de la salud mental en estos individuos⁽⁷⁾.

En relación a las pruebas de comparación que sugieren un mayor nivel de apoyo social en los pacientes con presencia de cuidador, no se encontraron estudios con resultados similares y que se hayan realizado en pacientes en CP, sin embargo se sugiere que debido al hecho del diagnóstico de una enfermedad crónica trae al paciente sentimientos de amenaza a la vida, incertidumbres y estrés, el papel de los familiares se vuelve primordial por el incentivo al ajuste psicológico, así como por el auxilio en el manejo de los síntomas ocasionados por la enfermedad⁽²¹⁾. Hay evidencia de que una mayor disponibilidad de apoyo social influye positivamente en los sistemas biológicos, en el estado de salud en general y en el bienestar psicológico de los pacientes. Así, la inclusión de otras personas en el cuidado con vistas al apoyo para el control de los efectos adversos de la enfermedad puede beneficiar la adaptación y el ajuste del paciente a la nueva situación de salud⁽²²⁾. Se evidencia, por lo tanto, que en el ámbito de la asistencia es fundamental que los cuidadores y familiares sean orientados en cuanto a la importancia de su actuación para la garantía de apoyo social al paciente en CP, siendo esta

orientación una función del equipo de salud de la familia, aún que no se responsabilice directamente por los CP.

Se constató también en este estudio que mayores niveles de síntomas de depresión están asociados a menores niveles de CV y apoyo social. Corroborando con los resultados encontrados en un estudio, cuyo objetivo fue investigar si el humor depresivo ejercía influencia en las medidas de apoyo social y CV en pacientes ancianos, se encontró que aquellos que poseen mejores niveles de apoyo social presentan menor número de síntomas depresivos, y por lo tanto, se considera que el apoyo social es un importante factor capaz de proteger o predisponer a una persona al humor depresivo, afectando consecuentemente a su CV⁽⁹⁾. Resultados como este sugieren la importancia de nuevas investigaciones acerca de los beneficios de la evaluación psicosocial de pacientes en CP, para garantizar la ampliación de los cuidados y así mejorar la CV de estos⁽³⁾.

En lo que se refiere a la asociación entre síntomas depresivos y pacientes del sexo femenino, un estudio realizado con el objetivo de investigar la asociación entre factores genéticos y depresión apuntó que las mujeres son en promedio dos veces más propensas en relación a los hombres a tener episodios de depresión. Sin embargo, a pesar de la existencia de justificaciones relacionadas con los aspectos genéticos, neuro-hormonales y psicobiológicos, se cree que, debido a la ausencia de datos relativos al número real de pacientes afectados por este diagnóstico clínico, se limitan las investigaciones sobre las características de esta enfermedad, lo que resalta la importancia de nuevos estudios sobre tal prevalencia en los días actuales⁽²³⁾.

En cuanto a la relación entre el mayor nivel de apoyo social en pacientes varones y en pacientes casados, un estudio cuyo objetivo fue medir el apoyo social disponible a los enfermos oncológicos, también identificó que los hombres presentaron mayor percepción de apoyo en la mayoría de las dimensiones⁽²⁴⁾. Es importante resaltar que cuando se trata de pacientes con situación conyugal estable, aquellos pertenecientes al sexo masculino son más propensos a recibir cuidados y apoyo por parte de sus esposas que lo contrario, o sea, los hombres pueden sentirse más amparados ante una enfermedad crónica comparados con las mujeres⁽²⁴⁻²⁵⁾. De hecho, en este estudio, el 80,5% de los hombres estaban casados y por lo tanto, más propensos a recibir cuidados.

En lo que se refiere a los resultados en que se identificaron mayores niveles de CV en participantes del sexo femenino, no se encontraron estudios con resultados similares. Sin embargo, cabe señalar que, en un estudio cuyo objetivo fue evaluar la CV de ancianos de diferentes culturas, incluyendo judíos y musulmanes, se identificó que los hombres tenían un perfil semejante al de las mujeres en la mayoría de las dimensiones relativas a la CV, con excepción sólo de los dominios de funcionamiento físico y emocional, en que las mujeres presentaron niveles inferiores⁽²⁶⁾. A pesar de que

este resultado es divergente de lo encontrado en el presente estudio, es importante tener en cuenta que la percepción de la CV relacionada con la salud no sólo afecta a los síntomas clínicos, como dolor y capacidad funcional, pero está influenciada por factores sociodemográficos y aspectos culturales, percepción de los conceptos de salud, enfermedad y vejez⁽²⁷⁾. Esto puede explicar la divergencia de los resultados, evidenciando la necesidad de estudios que evalúen comparativamente la CV en diversas poblaciones y culturas.

En relación a la asociación entre mayores niveles de CV y personas mayores, en un estudio cuyo objetivo fue evaluar la CV en 625 pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) se encontraron mayores niveles de CV en los pacientes con edad superior a 47 años. Estos resultados pueden ser justificados, ya que las personas mayores, debido a su propia experiencia de vida, son menos ansiosas en lo que se refiere a los acontecimientos futuros, incluyendo la muerte y el morir y, por lo tanto, sufren menor impacto de la enfermedad crónica en su intimidad y su CV⁽²⁸⁾. A pesar de que este estudio fue realizado específicamente con pacientes en CP, se sabe que el SIDA es una enfermedad elegible para CP y de significativa repercusión en adultos jóvenes⁽²⁾.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se puede citar la dificultad en encontrar instrumentos validados en Brasil dirigidos a pacientes que estén en CP. La escala de CV utilizada, a pesar de ser específica para CP, presenta un enfoque para pacientes oncológicos. Así, se resalta la importancia de nuevos estudios metodológicos que apunten a la construcción y validación de nuevos instrumentos que no sean específicos para pacientes oncológicos, incorporando así el concepto amplio de los CP según la OMS.

CONCLUSIÓN

Se concluye por medio de este estudio que mayores niveles de apoyo social están relacionados a pacientes con mejor CV global y funcional. Por otro lado, menores niveles de CV debido a la presencia de síntomas físicos están relacionados con los peores niveles de apoyo social, así como una peor CV global está relacionada a mayores niveles de síntomas de depresión. Además, se concluye que los niveles más altos de CV se asocian a pacientes de sexo femenino, a personas mayores, menores de edad y mayores ingresos, así como a mayores niveles de apoyo social al sexo masculino, a pacientes que poseen algún cuidador y que son casados. Los mayores niveles de síntomas de depresión se asociaron a las mujeres. Así, se cree que el presente estudio contribuyó a trazar el perfil de los pacientes elegibles para CP atendidos en el ámbito de la APS en lo que se refiere a los aspectos psicosociales, para que la enfermería actúe de forma holística, considerando no sólo las necesidades físicas de los pacientes en CP, con miras a la mayor capacidad de resolución de la APS.

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre apoio social, qualidade de vida e depressão em pacientes elegíveis para cuidados paliativos atendidos na Atenção Primária à Saúde de um município no interior de Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudo transversal correlacional, realizado com pacientes atendidos em seis unidades da atenção primária à saúde. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, testes de

diferenças entre médias e medianas e testes de correlação. O nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** A amostra foi composta por 115 participantes, e identificou-se que quanto maior o apoio social, melhor é a qualidade de vida global ($p<0,001$) e funcional ($p=0,035$); quanto maior a presença de sintomas físicos, menor o nível de apoio social ($p=0,012$) e maior o nível de depressão ($p<0,001$); quanto maiores os sintomas de depressão, pior é a qualidade de vida global ($p<0,001$), funcional ($p<0,001$) e menores os níveis de apoio social ($p<0,001$). **Conclusão:** Os níveis de qualidade de vida, apoio social e depressão de pacientes elegíveis para cuidados paliativos são influenciados por fatores socioeconômicos, tais como estado conjugal, sexo, idade, renda, escolaridade e presença de cuidador.

DESCRITORES

Cuidados Paliativos; Qualidade de Vida; Apoio Social; Depressão; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre apoyo social, calidad de vida y depresión en pacientes elegibles para cuidados paliativos atendidos en la Atención Primaria a la Salud de un municipio en el interior de Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudio transversal correlacional, realizado con pacientes atendidos en seis unidades de atención primaria a la salud. Los datos fueron sometidos al análisis estadístico descriptivo, pruebas de diferencias entre medias y medianas y pruebas de correlación. El nivel de significancia adoptado fue 0,05. **Resultados:** La muestra fue compuesta por 115 participantes, y se identificó que cuanto mayor el apoyo social, mejor es la calidad de vida global ($p<0,001$) y funcional ($p=0,035$); cuanto mayor sea la presencia de síntomas físicos, menor el nivel de apoyo social ($p=0,012$) y mayor el nivel de depresión ($p<0,001$); cuanto mayores los síntomas de depresión, peor es la calidad de vida global ($p<0,001$), funcional ($p<0,001$) y menores los niveles de apoyo social ($p<0,001$). **Conclusión:** Los niveles de calidad de vida, apoyo social y depresión de pacientes elegibles para cuidados paliativos son influenciados por factores socioeconómicos, tales como estado conyugal, sexo, edad, renta, escolaridad y presencia de cuidador.

DESCRIPTORES

Cuidados Paliativos; Calidad de Vida; Apoyo Social; Depresión; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria.

REFERENCIAS

- Oishi A, Murtagh FE. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med.* 2014;28(9):1081-98.
- World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. Londres: WPCA; 2014 [cited 2016 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(2):207-18.
- Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, Dev S, Biddle AK, Reeve BB, et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Am Heart Assoc.* 2014; 3(1):e000544.
- Murray SA, Firth A, Schneider N, Eynden BV, Gomez-Batiste X, Broggard T, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med.* 2015;29(2):101-11.
- Correia FR, Carlo MMRP. Evaluation of quality of life in a palliative care context: an integrative literature review. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2012;20(2):401-10.
- Rajmohan V, Kumar SK. Psychiatric morbidity, pain perception, and functional status of chronic pain patients in palliative care. *Indian J Palliat Care.* 2013;19(3):146 -51.
- Kroenke CH, Michael Y, Tindle H, Gage E, Chlebowski R, Garcia L, et al. Social networks, social support and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;133(1):375-85.
- Wicke FS, Güthlin C, Mergenthal K, Gensichen J, Löffler C, Bickel H, et al. Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Fam Pract.* 2014;15:62.
- Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Perspectives for palliative care in primary health care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs [Internet].* 2016 [cited 2016 Oct 22]; 15(4):683-93. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370/html>
- Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13:72.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Designing clinical research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
- Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crít.* 2007;20(2):229-37.
- Nunes NAH. The quality of life of Brazilian patients in palliative care: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). *Support Care Cancer.* 2014; 22(6):1595-600.
- Groenvold M, Petersena MA, Aaronsonc NK, Arrarasd JJ, Blazeby JM, Bottomleyg A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer.* 2006;42(1):55-64.
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(2):625-34.

18. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4):598-605.
19. Dancey CP, Reidy J. *Estatística sem matemática para psicologia*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
20. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):346-54.
21. Araújo I, Jesus R, Araújo N, Ribeiro O. Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enferm Univ*. 2017;14(2):97-103.
22. Abreu-Rodrigues M, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2008;18(40):279-88.
23. Hodes GE, Walker DM, Labonté B, Nestler EJ, Russo SJ. Understanding the epigenetic basis of sex differences in depression. *J Neurosci Res*. 2017;95(1-2):692-702.
24. Trindade CRP, Hahn GV. Apoio Social ao doente oncológico com base na escala do Medical Outcomes Study. *Rev Enferm UFMS*. 2016;6(1):112-22.
25. Soulsby LK, Bennett KM. Marriage and psychological wellbeing: the role of social support. *Psychology*. 2015;6(11):1349.
26. Olmedo AMM, Ramírez RJ, Villaverde GC, Sánchez CMA, Aquilar FE, Ruiz VA. Health-related quality of life, gender, and culture of older people users of health services in the multicultural landscape of the city of Ceuta (Spain): a cross-sectional study. *J Transcult Nurs*. 2016;27(6):603-10.
27. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, Traeger L, Gallagher ER, Park ER, et al. Age and gender moderate the impact of early palliative care in metastatic non-small cell lung cancer. *Oncologist*. 2016;21(1):119-26.
28. Passos SMK, Souza LDM. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4): 800-14.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.