

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POSTGRADO DE PSICOLOGÍA

**Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos
que acuden a un Hospital de Trujillo**

TESIS

Para optar Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en
Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Deyvi Baca Romero

ASESORES

Alberto Loharte Quintana Peña

Lima – Perú

2013

DEDICATORIA

A Dios por su guía en su infinito amor y sabiduría.

A mi madre, Rosa, por su apoyo incondicional y estímulo frente a las situaciones adversas. A mi hermana, Jaqueline, por su buen sentido del humor y capacidad de salir adelante. A mi sobrino, Enrry, por su alegría y transparencia al decir y hacer las cosas. A mi toda mi gran familia en extenso que siempre me tienen presente y yo a ellos.

A mi dulce compañera Ornella por su sencillez y cálidos consejos que me motivaron de forma constante. A los señores Ernesto y Blanca que me acogieron en su hogar en reiteradas oportunidades durante la recopilación de información. A los doctores Khaterine y Paolo por el gran esfuerzo y noble labor que realizan como profesionales en la atención de los pacientes con cáncer.

A los pacientes con cáncer y sus familias por darme la oportunidad de conocerlos.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por acogerme en esta segunda etapa de mi vida profesional; y, en particular, a la Unidad de Postgrado de Psicología.

Agradezco a los docentes de la maestría como fueron: Mg. Alberto Quintana, Dra. Maria Luisa Matalinares, Dr. Carlos Saavedra, Mg. Rosa Elena Huertas entre otros. Todos ellos dejaron una huella muy personal a través de sus comentarios y debates que permitieron aproximarme mejor en la labor como científico y profesional de Psicología desde una visión más amplia y fortaleciendo gracias a los avances de otras ciencias de la salud.

Gracias a mi asesor Mg. Alberto Quintana que estuvo presente en cada etapa del desarrollo de la presente investigación. Sus apreciaciones claras y precisas permitieron enriquecer y plasmar mejor mis ideas. Agradezco a la Dra. Gloria Díaz y Dra. Emma Campos por sus acertados comentarios y aclaraciones lo cual favoreció a una mejora en la calidad de este estudio.

Gracias a mis colegas de cátedra por la amistad, solidaridad y el compañerismo que fueron el complemento ideal para culminar este proceso de perfeccionamiento profesional.

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
LISTA DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Situación problemática.....	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Justificación.....	5
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de investigación.....	8
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	9
2.2. Bases teóricas.....	13
2.2.1. Resiliencia.....	14
2.2.2. Apoyo social percibido.....	26
2.2.3. Cáncer.....	36
2.3. Hipótesis.....	51
2.4. Variables.....	52
2.5. Operacionalización de las variables.....	55
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	56
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	56
3.2. Unidad de análisis.....	57
3.3. Población de estudio.....	57

3.4. Tamaño de muestra.....	57
3.5. Selección de muestra.....	57
3.6. Técnicas de recolección de datos.....	59
3.7. Análisis e interpretación de la información.....	64
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	65
4.1. Análisis descriptivo.....	65
4.2. Análisis inferencial.....	66
4.2.1. A nivel correlacional.....	67
4.2.2. A nivel comparativo.....	67
CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	72
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
6.1. Conclusiones.....	77
6.2. Recomendaciones.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	83
Anexo 1: Ficha de datos.....	83
Anexo 2: Escala de Resiliencia.....	84
Anexo 3: Cuestionario MOS.....	85
Anexo 4: Consentimiento informado.....	86
Anexo 5: Confiabilidad de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptado al Perú por Novella (2003).....	87
Anexo 6: Confiabilidad del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007).....	88

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de la Personalidad Tipo C

Tabla 2. Composición de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

Tabla 3. Composición del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS-A) de Sherbourne y Stewart

Tabla 4. Características de la muestra, pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 5. Confiabilidad alfa de Cronbach la Escala de Resiliencia en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 6. Confiabilidad alfa de Cronbach del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 7. Estadísticos descriptivos sobre la variable Resiliencia y Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 8. Características descriptivas sobre el tratamiento del cáncer en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 9. Correlaciones entre la variable Resiliencia con la variable Apoyo social Percibido en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 10. Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes para estimar si presentan diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según sexo (n=100)

Tabla 11. Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si poseen diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según edad agrupadas en grupos etáreos (n=100)

Tabla 12. Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si poseen diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según nivel de instrucción (n=100)

Tabla 13. Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si hay diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según el tipo de cáncer (n=100)

Tabla 14. Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si difieren la resiliencia y el apoyo social percibido según fecha de diagnóstico (n=100)

Tabla 15. Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si muestran diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según la etapa en el proceso de atención médica (n=100)

Tabla 16. Correlaciones ítem-test de la Escala de Resiliencia en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

Tabla 17. Correlaciones ítem-test de la Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. Diseño transversal y tipo de estudio correlacional. La muestra conformada por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos, que acudieron a un hospital de Trujillo durante el período noviembre-diciembre del 2012. Los instrumentos fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptado al Perú por Novella (2003); y, el Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007). Los resultados concluyeron que hay una correlación directa entre el nivel de resiliencia y el apoyo social percibido en los pacientes con cáncer. Además, se detectó diferencias del nivel de resiliencia según el nivel de instrucción; empero no se encontraron diferencias del nivel de resiliencia según sexo, grupo étnico, tipo de cáncer, fecha de diagnóstico y nivel del proceso de atención médica. Hubo diferencias del apoyo social percibido según el tipo de cáncer; aunque no ocurriendo lo mismo según sexo, grupo étnico, nivel de instrucción, fecha de diagnóstico y nivel del proceso de atención médica. Se recomienda, un estudio cualitativo que profundice las características implicadas en el paciente oncológico.

Palabras claves: Resiliencia, apoyo social, paciente, cáncer.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the relationship between resilience and perceived social support in cancer patients attending a hospital from Trujillo. Transversal design and correlational study. The sample consisted of 100 patients diagnosed with cancer, aged 18 and both sexes, who came to the hospital from Trujillo during the period november-december 2012. The instruments were the Resilience Scale Wagnild and Young (1993), adapted to Peru by Novella (2003) and the Questionnaire of Perceived Social Support MOS (MOS) of Sherbourne and Stewart (1991), adapted to Spanish by Rodriguez and Enrique (2007). The results concluded that there is a direct correlation between the level of resilience and perceived social support in patients with cancer. In addition, differences in the level of resilience were detected by level of instruction, however no difference in the level of resilience were found by sex, age group, type of cancer, date of diagnosis and level of care process. There were differences of perceived social support by type of cancer, although not the same thing happening, according to sex, age group, educational level, date of diagnosis and level of care process. It is recommended, a qualitative study that deepens the features involved in the cancer patient.

Keywords: Resilience, social support, patient, cancer.

INTRODUCCIÓN

Nuestra visión actual del proceso salud-enfermedad nos hace reflexionar sobre los aspectos físicos y psicológicos; además del contexto social, cultural y económico de una persona o grupo de personas (Arredondo, 1992); gracias a ello nuestro análisis es más amplio y el conocimiento que surge del mismo es más acorde a la realidad que desea estudiarse. Lo mencionado, es muy importante para el presente estudio siendo la población, pacientes con cáncer; motivo de interés por el incremento progresivo de casos a nivel nacional e internacional. Ellos no sólo padecen las complicaciones físicas propias de la enfermedad, sino de alteración de sus procesos psicológicos, además, de la alteración de sus contextos sociales: familia, centro de trabajo, círculo de amigos; sumado a todo ello los factores culturales que pueden generar estigmas sociales y las limitaciones económicas que repercuten en la adecuada atención del paciente.

Como se aprecia la situación peculiar que atraviesa el paciente con cáncer lleva a considerar los diferentes aspectos en dos niveles: personal y social. A nivel personal se recoge el constructo de resiliencia bajo la definición propuesta por Vanistendael (2010), como “la capacidad que tiene el individuo o un grupo para superar grandes dificultades y crecer... se trata de una capacidad de reconstruir la vida y, a veces, incluso transformar una desgracia en algo positivo” (p.10). Dicha capacidad en el paciente con cáncer es de interés por ser concebida como una capacidad a ser desarrollada con o sin una alteración física o psicológica, pero que es más fácil observarla ante la presencia de alguna de éstas (Manciaux, 2003), que se enmarca dentro de Teoría del rasgo de personalidad de Wagnild y Young (1993).

Así también, a nivel social se recoge el constructo de apoyo social percibido, analizado desde la posición del mismo paciente en tres niveles: emocional, informacional e instrumental. Se parte del supuesto planteado por la Teoría del efecto amortiguador donde el apoyo social actuaría sólo en condiciones de

estrés elevado protegiendo al individuo de los efectos negativos del mismo (López & Chacón, 1999).

Bajo el análisis previo, el propósito del presente estudio es identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo.

El presente estudio se inicia en el primer acápite con el Planteamiento del problema donde se justifica la importancia y justificación de la investigación; seguidamente como capítulo II se tiene el Marco teórico donde se sustenta con antecedentes y modelos teóricos apropiados cada uno de las variables de estudio. En tercer lugar, se expone la metodología con la que se trabajó en la forma de dónde y cómo se recolectó, procesó, analizó y presentó los datos. Posteriormente, se presentan los Resultados obtenidos y que son analizadas y contrastados en el capítulo V la Discusión de resultados. Como penúltimo acápite se consignan las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se colocan las referencias utilizadas, además de los anexos con los instrumentos aplicados y análisis complementarios.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

El cáncer afecta al paciente de manera integral tanto a nivel físico, psicológico como social; así como, al entorno del mismo siendo los familiares y personas cercanas los más afectados. Ante ello se requiere un mejor conocimiento sobre los procesos psicosociales implicados para un adecuado manejo psicológico y social del paciente con cáncer. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), esta enfermedad es la primera causa de mortalidad a nivel mundial. En Latinoamérica representa la segunda causa de muerte en la región de las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011). Y, en el Perú se ha constituido en la segunda causa de muerte, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud (Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú [PRONAPRECC], 2006). En relación a la población que se atiende en la ciudad de Trujillo, durante el primer semestre del año 2009 ascendió a 428, 537 en el 2010, y 563 en el 2011 (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Luis Pinillos Ganoza” [IREN Norte], 2011).

El presente estudio se enmarca dentro del PRONAPRECC (2006), el cual señala como uno de sus objetivos a alcanzar para el año 2016: Promover la Investigación del Cáncer, priorizando la Promoción y la Prevención; así mismo, se toma en consideración las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el período 2010-2014, que tiene entre una de sus prioridades sanitarias la Investigación sobre Salud Mental, enfocándose este estudio en tres temáticas específicas: promoción y prevención de la salud mental, y salud mental y enfermedades crónicas (Instituto Nacional de Salud, 2011). En este sentido, se trata de analizar dos constructos relacionados con el proceso salud-enfermedad

considerados factores protectores de la salud: la resiliencia (Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2003) y el apoyo social (Barrón & Sánchez, 2001), por lo que se consideraría un estudio a nivel de promoción de la salud. Sin embargo, este estudio se enmarca dentro del nivel de prevención de la salud –prevención secundaria, ante la presencia confirmada o por confirmar del cáncer– que buscan reducir el riesgo de secuelas y mejorar el tratamiento y pronóstico del paciente (Ballano & Esteban, 2009).

El constructo de resiliencia se puede entender como aquella “capacidad universal que permite a una persona, un grupo o una comunidad impedir, disminuir o superar los efectos nocivos de la adversidad” (Grotberg, 1995; como se citó en Manciaux, 2003, p. 50). Además, es posible observarla bajo la presencia de una alteración física y/o psicológica más o menos duradera y grave en un individuo, que en ocasiones inclusive se presenta de forma repetitiva, y también suele estar presente en problemas y dificultades de menor impacto en la vida de una persona (Manciaux, 2003). De este modo, se considera relevante el estudio de la resiliencia en los pacientes con diagnóstico de cáncer por cuanto ellos atraviesan una situación de pérdida de su salud física, lo cual a su vez afecta su salud emocional; este estudio permitirá poseer una mejor comprensión del funcionamiento de la resiliencia en el paciente oncológico.

De otro lado, el apoyo social se define de una manera amplia e integradora por Lin, Dean y Ensel (1986; como se citó en Lopez & Chacon, 1999, p. 185), como el conjunto de “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”. Al respecto Rodríguez y Neipp (2008) indican que existe un supuesto generalmente aceptado y manejado por los investigadores donde el apoyo social esta negativamente relacionado con una situación de enfermedad. En este sentido, las investigaciones han demostrado que el apoyo emocional ofrecido por el personal sanitario o de servicios sociales tiene efectos beneficiosos sobre la salud y el nivel de bienestar del paciente (Auerbach & Kilman, 1977; Withcher & Fisher, 1979; como se citaron en Lopez & Chacon, 1999). De este modo, se pretende conocer

cuál es la percepción de apoyo social que posee el paciente oncológico y que aspectos de ésta facilitan o dificultan su proceso de tratamiento y recuperación. Cabe señalar, algunos estudios (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2003) conciben que la experiencia vivencial del cáncer también queda determinada por factores tales como: la edad, el estadio evolutivo, las experiencias previas con la enfermedad, el proceso de atención médica, el tipo de enfermedad y el tiempo de enfermedad.

Por lo señalado, se puede entender que ambas variables se hallan relacionadas en cuanto promotoras de la salud del individuo; sin embargo, la resiliencia es analizada desde una perspectiva individual, enfatizando las características psicológicas del paciente con cáncer; mientras que el apoyo social percibido se estudia como factores externos que son percibidos por el propio paciente. Bajo este análisis, es de interés estudiar si hay relación entre ambas variables en pacientes oncológicos de un hospital de la ciudad de Trujillo.

1.2. Formulación del problema

La pregunta de investigación es: ¿Qué relación hay entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo?

1.3. Justificación

1.3.1. Justificación legal

Plan Estratégico 2006-2016 de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer. El cual se sustenta en el PRONAPRECC (2006), que tiene como uno de sus objetivos específicos el Promover la Investigación en Cáncer, priorizando la Promoción y la Prevención. Bajo este marco, el presente estudio busca brindar un aporte teórico sustancial bajo el enfoque de promoción de la salud en los pacientes con cáncer.

Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el periodo 2010-2014. Es el conjunto de áreas prioritarias a investigar dirigidas por el Estado y que tiene su respaldo legal en la Resolución Ministerial N° 220-2010/MINSA. Dentro de ellas, se destaca las *Investigaciones para conocer mejor la problemática de la salud mental*; en efecto, entre sus temáticas a trabajar se consideran: promoción y prevención de la salud mental, y en salud mental y enfermedades crónicas. Este estudio pretende satisfacer la demanda de investigación en salud mental y una enfermedad crónica como es el cáncer.

1.3.2. Justificación teórica

Sistematización de marcos teóricos. Los estudios previos han profundizado su análisis en mayor medida sobre la variable resiliencia pero sin existir un consenso claro; al igual que, el apoyo social percibido lo cual dificultó el acceso a un marco teórico definido. Por tanto, se presenta una sistematización actualizada de los enfoques y perspectiva teóricas existentes para ambas variables.

Analizar las variables psicosociales implicadas en el paciente oncológico. Las variables psicosociales son sugeridas por algunos estudios sobre psicología como la Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2003), Vinaccia et al. (2005), y Andrés, Remesal y Torrico (2009), quienes destacan la importancia de conocer tanto las variables psicológicas implicadas en el paciente con cáncer; como también, las variables del entorno social que actúan como moderadoras y facilitadoras en el proceso del tratamiento y recuperación (Ballano & Esteban, 2009).

1.3.3. Justificación práctica

Poseer instrumentos válidos para pacientes con diagnóstico de cáncer. Ambos instrumentos con los se proyecta trabajar pasarán

el análisis psicométrico pertinente, los cuales serán de provecho para futuras investigaciones.

Generar evidencia para el desarrollo e implementación de políticas y programas psicosociales. Los resultados y el análisis de los mismos pondrán en evidencia las características particulares que poseen los pacientes oncológicos, lo cual permitirá un desarrollo de políticas y programas dentro de los hospitales y clínicas que los atienden.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo.

1.4.2. Objetivo específico

- Comparar los niveles de la resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, según sexo.
- Comparar los niveles de la resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, según edad.
- Comparar los niveles de la resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, según nivel de instrucción.
- Comparar los niveles de la resiliencia en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, según el tipo de cáncer.
- Comparar los niveles de la resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, según el tiempo de enfermedad diagnosticada.

- Comparar los niveles de la resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, según proceso de atención médico.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Los constructos resiliencia y apoyo social poseen una amplia gama de modelos teóricos que permiten un análisis desde múltiples perspectivas; en tal sentido, inicialmente se realiza una revisión de los antecedentes más significativos y actuales de ambas variables, para posteriormente exponer cada uno de ellos. Luego se hace mención de los modelos teóricos más destacados que, finalmente, permite la elección de un modelo teórico pertinente para el presente estudio.

2.1. Antecedentes

Los antecedentes que se señalan han sido extraídos de estudios nacionales e internacionales de ambos constructos: resiliencia y apoyo social percibido. Para una mejor organización se ha considerado adecuado desarrollar los antecedentes nacionales en un solo acápite a ambas variables, debido a que existe una carencia de estudios previos sobre apoyo social percibido en nuestro contexto nacional. En los estudios internacionales se ha considerado pertinente mantener el mismo criterio de agrupación organizando las investigaciones según el año de publicación.

2.1.1. Antecedentes nacionales

Torres (2011), en su tesis de licenciatura en Psicología tuvo como objetivo analizar la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte social instrumental, emocional y de acompañamiento social. El estudio de corte transversal y tipo descriptivo. La muestra quedó constituida por 58 pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen entre 31 y 65 años.

Los instrumentos aplicados fueron: el SF-36 Health Survey para medir calidad de vida relacionada con la salud y para medir soporte social el Cuestionario de Transacciones de Soporte Social (CTSS) junto con el Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social (CSSS). Encontró una relación positiva entre la satisfacción con el soporte recibido y dimensiones físicas de la calidad de vida ($p=.31$), una relación positiva entre el soporte emocional y la salud mental ($p=.33$) y una relación positiva entre el soporte instrumental diario que recibe la paciente y su nivel de energía ($p=.36$). Así también, el tipo de soporte social que las mujeres reciben con mayor frecuencia es el soporte emocional en el cual se encuentran los niveles más elevados de satisfacción. Mientras que el soporte instrumental orientado al problema es el que reciben con menor frecuencia.

2.1.2. Antecedentes internacionales

La institución Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2003), realizó un estudio cualitativo en el campo de la Psicooncología con el objetivo analizar las vivencias y experiencias del paciente con cáncer desde tres perspectivas diferentes: el propio paciente, la familia y los profesionales sanitarios. Estudio cualitativo bietápico: la primera etapa se estudió a pacientes y familiares (abril-mayo 2003); y, la segunda etapa a profesionales de la asistencia oncológica (junio-setiembre 2003). La muestra estuvo conformada por 59 casos. Las técnicas utilizadas fueron las entrevistas semiestructuradas, las historias de vida y grupos focales. Cabe señalar que dentro de los resultados más relevantes se encuentra que el cáncer es un proceso de cambio y ruptura en la vida cotidiana por cuanto se asocia a la idea de muerte y el sentimiento de amenaza vital; se la concibe como enfermedad tabú, lo que aísla a el enfermo de su entorno; genera un proceso de despersonalización, donde destaca la aparición del “yo-cáncer” como signo que define la personalidad del paciente; y, produce

cambios de carácter y humor, de depresivo a eufórico. Dichos cambios se aprecian en las actitudes psicológicas que llevan a conductas de evitación-negación o de racionalización del proceso, por una parte y, por otra, a trastornos de tipo depresivo y/o ansioso. Finalmente, la experiencia vivencial con el cáncer también queda determinada por otros factores tales como: la edad, el estadio evolutivo, las experiencias previas con la enfermedad y el momento de aparición de la misma.

En otro estudio de psicooncología desarrollado por Vinaccia, Quinceno, Fernández, Contreras, Bedoya, Tobón & Zapata (2005), tuvieron como objetivo evaluar las dimensiones de calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón, y observar las relaciones entre estas variables. El estudio se enmarcó dentro de la estrategia no experimental, diseño transversal y descriptivo. La muestra utilizada fue de 29 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en fase no terminal del Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas de Medellín, Colombia. Administraron el módulo general del Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-30) y el módulo específico para cáncer de pulmón EORTC QLQ-13 de la misma organización; el Inventario de Puntos de Vista Personales (PVS) del Hardiness Institute; y, la Escala de Apoyo Social Percibido (EASP). El estudio reveló que los pacientes no poseen una personalidad resistente definida, empero son personas que asumen estrategias de afrontamiento adaptativas, como la búsqueda de información y de apoyo social.

Se tiene la investigación de Barrón y Sánchez (2001), se propusieron formular un modelo psicosocial de salud mental, en el cual se incluían tanto variables ambientales y de estructura social como variables de corte psicológico. Investigación no-experimental de diseño transversal. La muestra quedó constituida por 401 personas: en cuanto al género, el 44% son mujeres y el 56%

hombres. Los instrumentos utilizados: Datos socio-demográficos; para la evaluación del bienestar psicológico se utilizó el General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1978); como medida de depresión se utilizó el cuestionario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1967; Beck et al., 1985); Cuestionario de sucesos vitales estresantes elaborado por Herrero, Gracia y Musitu (1996); adaptación del cuestionario de alienación de Kohn y Schooler (1976); para la evaluación de la integración comunitaria en los sistemas informales se utilizó una adaptación del cuestionario de Herrero et al. (1996); para la evaluación del apoyo social percibido se utilizó una adaptación del cuestionario de Herrero, Gracia et al. (1996). Los resultados destacaron que las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico, lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental; asimismo, los sucesos negativos tienen una relación indirecta con la salud mental a través del apoyo social, datos que apoyan la hipótesis del efecto amortiguador del apoyo percibido; y, finalmente, existe una asociación positiva entre apoyo social percibido y bienestar psicológico; es decir, el apoyo social sería una variable mediadora del papel del estrés en el deterioro psicológico y la depresión.

Palomar y Cienfuegos (2007), buscaron conocer la percepción del apoyo social de tres grupos socioeconómicos y su relación con algunas variables psicológicas como la autoestima, las estrategias de afrontamiento, el locus de control, la depresión, la motivación al logro y el bienestar subjetivo. Investigación no-experimental, diseño del tipo descriptivo-correlacional. La muestra estuvo compuesta por un total de 918 participantes, residentes del Distrito Federal y Área Metropolitana, 456 (49.7%) mujeres y 462 (50.3%) hombres. La muestra fue dividida en tres grupos: pobres extremos (37.7%), pobres moderados (28.3%) y no pobres (34%), de acuerdo a la línea de la pobreza propuesta por CEPAL-INEGI (1993). Los instrumentos aplicados fueron: Escala de Redes de Apoyo Social (Díaz Guerrero, 1986); adaptación de la Escala de Depresión de

Zung y Durham para Población Mexicana (Calderón, 1987); Escala de Autoestima (Andrade, 1998); Escala revisada de estilos de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984); Escala de Locus de Control (La Rosa, 1986); Escala de Motivación a Logro (La Rosa 1986); Escala de Bienestar Subjetivo (Palomar, 2000); y, Escala de Percepción de las Causas de la Pobreza (Hunt, 1996). Los resultados indicaron que, en primer lugar, se observó que en todos los grupos (pobres extremos, pobres moderados, no pobres y muestra total), las medias más altas se observan en el factor de apoyo de la familia de origen, lo cual indica que la principal fuente de apoyo para la mayoría de los sujetos son los padres y hermanos y en segundo término, el apoyo brindado por iglesia y la religión. La tercera fuente de apoyo para esta muestra fue la familia extendida que comprende a los abuelos y tíos y en último lugar, se encuentra el apoyo proporcionado por los amigos y vecinos. Además, se halló relación entre el apoyo social es el bienestar subjetivo; se observó que el puntaje global de bienestar, estuvo correlacionado con los cuatro factores de apoyo social.

Acosta y Sánchez (2009), desarrollaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue describir los factores de protección que favorecen la resiliencia en los pacientes crónico terminales internados en el Hospital General Regional N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El estudio fue cualitativo. La muestra estuvo formada por 213 enfermos crónico terminales hospitalizados cuyas edades oscilaron entre los 17 y 97 años. La técnica aplicada fue la entrevista a profundidad con enfoque clínico con dos temáticas a evaluar: funcionamiento mental y funcionamiento emocional. Se concluyó que la orientación psicológica y la resiliencia deben promover un enfoque basado en las fortalezas y recursos del individuo para disminuir los factores de riesgo y eventos estresantes. Así también, se debe tomar en cuenta que éste es un proceso en constante movimiento ya que interactúan la parte física y emocional.

Finalmente, Andrés, Remesal y Torrico (2009), en otro estudio de psicooncología buscaron evaluar el apoyo social percibido por los hombres operados de cáncer de laringe y establecer las diferencias respecto al apoyo social percibido entre el grupo de hombres sanos y el de operados de cáncer de laringe. Investigación no-experimental, diseño del tipo “observacional descriptivo”, de corte transversal. La muestra se compone de cuatro grupos: 25 hombres operados de cáncer de laringe, 25 hombres sanos, 15 mujeres que eran pareja de los hombres diagnosticados de cáncer de laringe y 15 mujeres que eran pareja de los hombres sanos. Los instrumentos fueron: Inventario Sociobiográfico y Lista de Evaluación del Apoyo Interpersonal (ISEL), de Cohen et al. (1983). Los resultados fueron que, en el grupo 1, en los distintos tipos de apoyo social los hombres perciben que el mayor apoyo que reciben es el emocional ($X=7.36$) y el instrumental ($X=7.64$); en el grupo 2, en los distintos tipos de apoyo social los hombres consideran que los niveles de apoyo que reciben son altos, destacando el emocional ($X=8.24$) y el instrumental ($X=9.12$); en el grupo 3, las mujeres de este grupo piensan que sus maridos perciben que el mayor apoyo que reciben es de tipo instrumental ($X=9.07$) y de autoestima ($X=8.40$); y, las mujeres del grupo 4, consideran que sus maridos perciben un alto apoyo en las distintas modalidades evaluadas, manifestando niveles más altos en los de tipo instrumental ($X=9.33$), emocional ($X=8.67$) y de autoestima ($X=8.53$).

2.2. Bases teóricas

Se hace mención de la fundamentación teórica de cada una de las variables: resiliencia y apoyo social percibido. Cada una de ellas está organizada iniciando con una breve introducción histórica, definición, clasificación y los modelos explicados más destacados. Cabe señalar, que el cáncer es analizado como variable interviniente, describiéndola y estableciendo comparaciones con cada una de las variables del estudio.

2.2.1. Resiliencia

2.2.1.1. Revisión histórica

De acuerdo con algunos autores sugieren que el estudio científico de la resiliencia se inicio con la investigación de Anthony (1970; como se citó en Manciaux, 2003) quien se introdujo dentro de un campo de acción con conceptos, metodología y población poco estudiada hasta ese entonces, trabajando con niños de alto riesgo. El objetivo de dicha investigación era observar el desarrollo del niño de riesgo antes de que apareciesen las patologías, para poder conocer cómo y en qué medida reconfiguran su vida los acontecimientos vitales y las competencias y capacidades que desarrolla para hacer frente a esta situación. Para aclarar los conceptos de riesgo y vulnerabilidad, Anthony (1970; como se citó en Manciaux, 2003) usó la metáfora de las tres muñecas: de cristal, de plástico y acero; donde la primera, se rompe frente a un martillazo; en la segunda sólo aparece una cicatriz imborrable; y, en la tercera no ocurre nada. Sin embargo, pronto se dio cuenta el autor que dicho modelo explicativo no podía dar explicación del complejo proceso que atravesaba el niño (Manciaux, 2003), ya que se dio cuenta que existían múltiples factores que no estaban siendo considerados desde los genéticos, pasando por las enfermedades físicas, los traumas proveniente de su entorno familiar y social, y las crisis propias de su desarrollo. Posteriormente, se realizaron otros estudios como el de Garnezy (1971; como se citó en Manciaux, 2003), quien investigó a niños de padres esquizofrénicos para determinar los riesgos de que desarrollen la

enfermedad y donde encontró sorprendentemente un subgrupo que poseía patrones de desarrollo sano.

Por su parte Werner siguió durante 30 años, en un estudio longitudinal tipo cohorte, a 698 niños que vivían en condiciones de pobreza extrema, mala calidad en el medio de cuidado que tenían y con gran inestabilidad y desorganización familiar (Werner y Smith, 1982, 1992, 2001; como se citó en Cruz, 2009); así mismo, la investigadora ha reportado que entre los principales factores protectores encontrados que distinguía a los niños de mayor con los de menor adaptación se encontraban: lazos afectivos con la familia, sistemas de apoyo informal fuera del hogar y los atributos personales, como la sociabilidad (Werner y Smith, 1982, 1992, 2001; como se citó en Cruz, 2009). En esta primera generación, se desplaza el interés inicial de estudiar las cualidades personales que permitían superar la adversidad (autoestima y autonomía) hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo (nivel socioeconómico y estructura familiar); en un afán de organizar los factores resilientes encuentran: atributos individuales, aspectos de la familia y características del ambiente social (Melillo & Suarez, 2002).

En la segunda generación de investigadores que se dan a partir de la década de 1980, se distingue un esfuerzo de diversos investigadores y teóricos por brindar pautas metodológicas y conceptuales apropiadas al constructo de resiliencia, se pueden mencionar los aportes de Garmezy, Masten y Tellegen, de Michael Rutter y Grotberg, entre los más destacados (Manciaux, 2003).

Se aprecia una distinción clara en estas dos generaciones de investigadores, las primeras enfatizadas en un

descubrimiento “ex-post”, que la resiliencia como una capacidad que se da sólo cuando un individuo frente a una situación de adversidad se adapta positivamente (Melillo & Suárez, 2002). En contraste, la segunda generación concibe la resiliencia como un proceso y que puede ser promovido a nivel individual, familiar y comunitario (Melillo & Suárez, 2002).

En la actualidad diversas instituciones nacionales e internacionales vienen trabajando sobre este importante tema como son la OMS y OPS.

2.2.1.2. Definición

Hay diversos teóricos que han señalado una definición del constructo resiliencia, entre los cuales se pueden destacar:

Para Grotberg (1995; como se citó en Panez, Silva & Silva, 2000) la resiliencia es la “capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformadas por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovida desde la niñez” (p. 16).

Silva (1997; como se citó en Panez, Silva & Silva, 2000) la define como “la capacidad universal de todo ser humano de resistir ante condiciones adversas y recuperarse, desarrollando paulatinamente respuestas orientadas hacia la construcción de un ajuste psicosocial positivo al entorno, a pesar de la existencia simultánea de dolor y conflicto intrapsíquico” (p. 16).

De acuerdo a Vanistendael (2010), considera a la resiliencia como “la capacidad que tiene el individuo o un grupo para superar grandes dificultades y crecer... se trata

de una capacidad de reconstruir la vida y, a veces, incluso transformar una desgracia en algo positivo” (p.10).

American Psychological Association (APA, 2010), define la resiliencia como “el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras”, así también enfatiza que “ser resiliente no quiere decir que la persona no experimenta dificultades o angustias...e incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona” (párr. 4)

Según Wagnild y Young (1993; como se citó en Shaikh & Kauppi, 2010) la resiliencia es “un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos componentes incluyen la ecuanimidad, la perseverancia, la autoconfianza, la satisfacción personal y la soledad existencial” (p. 158). Para el presente estudio la soledad existencial será considerada como el estar bien consigo mismo.

Las diferentes definiciones brindadas concuerdan en concebir la resiliencia como aquella capacidad presente en todo individuo y que puede ser desarrollada, la cual permite que, de forma particular, el paciente con cáncer supere las situaciones adversas y promueva el desarrollo de nuevas competencias.

2.2.1.3. Clasificación

En las dos últimas décadas el constructo de Resiliencia se ha ido especializando en función de sus diferentes campos de acción, así podemos señalar la clasificación

sistematizada por Rodríguez, Fernández, Pérez, y Noriega (2011):

A. Resiliencia psicológica. Supone la “combinación de rasgos personales positivos y de respuestas o conductas de afrontamiento que facilitan la gestión exitosa de los cambios inesperados o estresantes en la vida” (Rutter, 2007; como se citó en Rodríguez et al., 2011, p. 27).

B. Resiliencia familiar. Implica el conjunto de procesos interactivos entre los miembros de la familia que fortalecen, con el transcurso del tiempo, tanto a cada individuo como a todo el grupo, esto permite “acomodarse a sus diversos estilos de organización o creencias, recursos y limitaciones internas, así como amoldarse a los desafíos psicosociales que se les plantean desde fuera de la familia” (Rolland & Walsh, 2006; como se citó en Rodríguez et al., 2011, p. 27).

C. Resiliencia comunitaria. Se da cuando las condiciones sociales, relaciones grupales y aspectos culturales, ante una situación de desastre, son movilizados de forma solidaria “por una población para emprender procesos de renovación, que modernicen no solo la estructura física sino toda la trama social en esa comunidad” (Suárez & Melillo, 2002, p. 71).

D. Resiliencia vicaria. Es el efecto único y positivo que transforma al terapeuta en respuesta a la propia resiliencia de un paciente sobreviviente a un trauma, dicho proceso también se da con los familiares, amigos, grupos laborales o religiosos, entre otros, vinculadas al mismo sujeto que desarrollo inicialmente la resiliencia (Hernández, Gangsei & Engstrom, 2007).

E. Resiliencia espiritual. Es aquella capacidad para responder a los factores estresantes, a la adversidad y a los eventos traumáticos, sin presentar síntomas patológicos crónicos o ver disminuidas sus capacidades vitales: espíritu (como son el poder amar, comprender, perdonar o servir generosamente a los demás), mente (como el poder pensar de forma racional, objetiva y equilibrada) y cuerpo (básicamente, funcionar de forma saludable), sino más bien resultando éstas fortalecidas (Dugal, 2009; como se citó en Rodríguez et al., 2011).

Al analizar las diferentes conceptualizaciones del constructo de resiliencia, se hace una delimitación del mismo para fines del presente estudio. Esta se enfocará básicamente en el estudio de una resiliencia psicológica o individual compuesto por características del propio individuo.

2.2.1.4. Factores asociados a la resiliencia

De acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2010), se pueden señalar:

- Tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia, donde se fomenta el amor y confianza, que provean de modelos a seguir, y que ofrezcan estímulos y seguridad.
- La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

2.2.1.5. Modelos teóricos

A continuación se exponen las principales explicaciones teóricas sobre la resiliencia psicológica o individual:

A. Teoría de las fuentes de la resiliencia

Inicialmente propuesto por Grotberg en 1996 y que sigue siendo el marco teórico y metodológico del Proyecto Internacional de Investigación en Resiliencia (IRRP). Después de un amplio estudio la investigadora y su grupo de trabajo concluyeron que la resiliencia estaba constituida por Factores de Soporte Externo (Yo tengo) que están referidos al soporte que cada persona recibe antes de que tenga conciencia de quién es o de lo que puede hacer y que le brindan sentimientos de seguridad como núcleo central para desarrollar la resiliencia. Así también, por Factores Internos o Fortalezas Personales (Yo soy/Yo estoy) que están referidos a sentimientos, actitudes y creencias que posee la persona resiliente. Y, finalmente por Habilidades Sociales o Interpersonales (Yo puedo) que son principalmente adquiridas de los pares y de quienes les brindan educación. Sin embargo, la persona resiliente no requiere contar con todas estas fuentes de resiliencia, tan solo hace falta que obtenga una de ellas. A continuación se hace una descripción de las afirmaciones que haría una persona resiliente en función a cada fuente de resiliencia (Grotberg, 1996; traducido por Suárez, 1996).

A.1. Yo tengo

- Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.
- Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas.

- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

A.2. Yo soy

- Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

A.3. Yo estoy

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- Seguro de que todo saldrá bien.

A.4. Yo puedo

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

B. Modelo de la metáfora de la casita

Es una propuesta explicativa de Vanistaendael (2005), el cual alude a diversos contextos donde interacciona un individuo y rescatando sus características individuales, considerando incluso las necesidades vitales de todo ser

humano. Así considera que la Resiliencia esta conformada por:

B.1. Necesidades físicas básicas, que se hayan representadas por el suelo sobre la cual se edifica la casa. Estaría constituida por la alimentación, la salud y el sueño.

B.2. Vínculo y el sentido, representados por los cimientos. Se conformaría por la aceptación fundamental de la persona como ser humano (no necesariamente por su comportamiento) por al menos otra persona, este sería uno de los elementos centrales de la resiliencia según Vanistaendael (2005).

B.3 Descubrir un sentido, simbolizado por la planta baja y el jardín. La construcción del sentido es un proceso que demanda proyectarse a futuro, responsabilizarse de sus acciones y tener la capacidad de espera.

B.4. Autoestima, toda clase de competencias humanas, sociales y profesionales, y el humor constructivo, representadas por el primer piso.

B.5. Otras experiencias, se simboliza por el desván. En este punto Vanistaendael (2005), refiere a que la resiliencia se construye, cambia y ofrece protección a lo largo de toda la vida.

C. Modelo de la promoción de la resiliencia

Modelo sustentado por Panez et al. (2000), que conciben la resiliencia como un constructo de naturaleza compleja y multidimensional. La resiliencia entendida como un concepto psicosocial implica los factores individuales, el micro-ambiente familiar y el macro-ambiente socio-cultural. Ante esta naturaleza compleja los autores han postulado que la promoción de la resiliencia debe realizarse a través

de diferentes variables interactuantes, las cuales se pasarán a explicar:

C.1. Autoestima: Es “la valoración que... tiene sobre sí mismo (sentimientos e ideas a partir del autoconocimiento) con la influencia de las relaciones y el medio físico y socio-cultural” (Regional Training, Brazil, 1999; como se citó en Panez et al., 2000, p. 20).

Así, cuando una persona tiene una adecuada autoestima implica que posee un reconocimiento de sus habilidades, destrezas, pero también de las limitaciones, manteniendo un sentimiento básico de ser valioso. Los autores del modelo sugieren que la autoestima es la variable central de la resiliencia; ya que “una autoestima adecuada permite afrontar y recuperarse de las dificultades, debido a que la noción clara y consistente de la propia valía permite clarificar la dolorosa confusión que suelen generar las situaciones de fracaso u otras situaciones” (Panez et al., 2000, p. 23).

C.2. Creatividad: La definen como “la capacidad... para transformar y/o construir palabras, objetos, acciones en algo innovador y/o de manera innovadora en relación con los patrones de referencia de su grupo” (Regional Training, Brazil, 1999; como se citó en Panez et al., 2000, p. 24).

La creatividad permite ver los problemas y situaciones adversas desde diferentes ángulos siendo precursora de nuevas y originales soluciones poniendo en marcha sus recursos propios. De este modo, “la persona creativa percibirá lo adverso como un reto y podrá experimentar satisfacción en vencerlo y en transformarlo en un insumo constructivo, que le permitirá dar soluciones novedosas, eficaces y salir mas fortalecido de la situación” (Panez et al., 2000, p. 26).

C.3. Autonomía: Es aquella “capacidad...de decidir y realizar independientemente actividades en consonancia con sus intereses y posibilidades” (Regional Training, Brazil, 1999; como se citó en Panez et al., 2000, p. 27).

La autonomía queda entendida como un logro de un mayor reconocimiento de los propios recursos, y uso de los mismos, para la solución de los problemas con cada vez menos referencia de un “otro” u “otros significativos”, que son tomados como impulsores y afianzadores de decisiones, acciones u opiniones. Entendida de este modo, la autonomía debe ser considerada “una variable psicológica intrapsíquica impulsora de la misma puesto que supone la existencia y uso de recursos propios para afrontar y resolver las situaciones adversas sin el requerimiento de un `otro mediador” (Panez et al., 2000, p. 28).

C.4. Humor: Considerada como la “capacidad... manifestada por palabras, expresiones corporales y faciales (creación y/o reacción) que contienen elementos incongruentes e hilarantes con efecto tranquilizador y placentero” (Regional Training, Brazil, 1999; como se citó en Panez et al., 2000, p. 30).

Siguiendo a Vanistaendael, el humor ayuda a que el individuo acepte las propias fallas y los defectos del ambiente. Facilita cierta distancia con el problema e invita a asumir una posición agradable sobre nuestra posición real (Vanistaendael, 2000; como se citó en Panez et al., 2000).

C.5. Identidad cultural: Es “parte de la identidad que da... un sentido de pertenencia a la cultura propia, lo que le permite identificar, valorar, incorporar y recrear características socioculturales (costumbres, idioma, folklore) que se distinguen de otras, posibilitando su

transmisión y con apertura a los cambios” (Regional Training, Brazil, 1999; como se citó en Panez et al., 2000, p. 33).

Para los autores el reconocimiento de la una persona sobre la propia cultura, que guarden similitudes en su grupo y diferencie de otros, determina una forma de valoración personal y grupal. Ello, potencia el uso de los recursos materiales, culturales y ecológicos propios de la cultura y la región lo que lo hace más apto para afrontar y resolver la adversidad (Panez et al., 2000).

D. Teoría del rasgo de personalidad

Wagnild y Young (1993; como se citó en Shaikh & Kauppi, 2010) definen la resiliencia como un rasgo de personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos son:

D.1. Confianza en sí mismo, considerada como aquella capacidad para creer en sí mismo y en las propias capacidades, así como depender de uno mismo reconociendo sus fuerzas y limitaciones.

D.2. Ecuanimidad, definida como la capacidad de mantener una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencias, esperar tranquilo, tomar las cosas que vengan por ende moderando respuestas extremas ante la adversidad.

D.3. Perseverancia, es el acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento, connota un fuerte deseo de continuar luchando para reconstruir la vida de uno mismo, permanecer involucrado y practicar la autodisciplina.

D.4. Satisfacción personal, es la capacidad para comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones, tener algo porque vivir.

D.5. El sentirse bien solo, es la capacidad para comprender que la senda de la vida de cada persona es única, mientras que se comparten algunas experiencias, quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo da un sentido de libertad y un significado de ser únicos (Escudero, 2007).

2.2.2. Apoyo social

2. 2.2.1. Revisión histórica

Siguiendo el análisis de Lopez y Chacon (1998), se llega a la conclusión que las primeras conceptualizaciones sobre el apoyo social se inician en los años setenta y ochenta, con los estudio de Cassel y Cobb. Posteriormente, numerosos estudios comenzaron a dar diferentes definiciones llegándose a la década del 90 a la conclusión que es una variable multidimensional e incluso, concibiéndosele como un metaconcepto (Vaux et al, 1990; como se citó en Lopez & Chacon, 1999). En la actualidad existen múltiples perspectivas teóricas que buscan agrupar los diferentes componentes del apoyo social, los cuales se detallan más adelante.

2. 2.2.2. Definición

Según Gottlied (1983), el apoyo social es toda aquella “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor” (Gottlied, 1983; como se citó en López & Chacón, 1999, p. 185).

Para Lin et al. (1986), conciben el apoyo social desde una perspectiva integradora; es decir, lo conceptualizan como el conjunto de “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin et al., 1986; como se citó en López & Chacón, 1999, p. 185). Esta última definición será adoptada por el presente estudio.

2. 2.2.3. Modelos teóricos

Se toma en cuenta la clasificación tradicional del apoyo social (López & Chacón, 1999), donde existen dos grandes modelos teóricos: la teoría de los efectos principales o directos y la teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores.

A. Teoría de los efectos principales o directos

Parte del supuesto que el apoyo social potencia el bienestar y la salud, con independencia del nivel de estrés que experimente la persona, en ese sentido, el apoyo social y la salud estarían linealmente relacionadas (López & Chacón, 1999).

Desde esta perspectiva Thoits (1982; como se citó López & Chacón, 1999), el cual se sustenta en el Interaccionismo Simbólico y en las teorías de Durkheim, explica los efectos directos del apoyo social mediante tres mecanismos:

- Las relaciones sociales proporcionan a la persona un conjunto de identidades.
- Las relaciones sociales aportan evaluaciones positivas e incrementan la autoestima.
- El apoyo social mejora los sentimientos de competencia y de control sobre el ambiente.

De otra parte, Cohen y Willis (1985; cit. López & Chacón, 1999), postulan que la integración social incrementa la sensación de control por la percepción de disponer de ayuda en caso de necesidad. Esta percepción mejora el estado de ánimo, la autoestima, la estabilidad de la propia situación vial, entre otros.

Para Vaux (1988; como se citó en López & Chacón, 1999), el apoyo social estaría conformado por cinco mecanismos:

- Participación social, posibilita el desarrollo de roles que incrementan la sensación de poder y autoestima.
- Pertenencia, a una comunidad o grupo incrementa el bienestar.
- Estima social, están relacionadas con el propio autoconcepto y la propia autoestima.
- Eventos placenteros, proveídos por la pertenencia a redes sociales y la relación con los demás.
- Identidades sociales, el sentimiento de pertenencia a redes sociales y el ser reconocido por las mismas permite el desarrollo de diferentes identidades sociales (hijo, padre, pareja, profesional, etc.).

Por último, tenemos el modelo de Cohen (1988; López & Chacón, 1999), quien ha propuesto cuatro submodelos que explican mecanismos específicos por los cuales la interacción social puede influir en el bienestar:

- Modelos basados en la información, estaría en relación con el número de relaciones sociales y que incrementaría la probabilidad de acceder a una información apropiada.

- Modelos basados en la identidad y autoestima, agrupan los sentimientos de control sobre el entorno y la autoestima, y la integración en una red social.
- Modelos de influencia social, considera que las personas integradas en redes sociales están sometidas a un mayor control normativo.
- Modelos de recursos tangibles, a través de la integración hay un mayor acceso a los recursos materiales y económicos que le son necesarios, limitando la exposición a factores de riesgo.

B. Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores

Sostiene que el apoyo social modera el efecto negativo que otros factores tienen sobre su bienestar, es decir, el apoyo social actuaría sólo en condiciones de estrés elevado protegiendo al individuo de los efectos negativos del mismo, facilitando los procesos de adaptación. Según este modelo, el apoyo social actuaría de dos maneras:

- Ayudando a redefinir el daño potencial del estresor y la percepción sobre las propias capacidades de afrontarlo, logrando así que la persona evalúe la situación como menos amenazante.
- Reduciendo o eliminando la experiencia de estrés evitando que conduzca a una patología o a la situación de marginación.

Desde este enfoque, House (1981; López & Chacón, 1999), postula que el apoyo social amortigua los efectos del estrés de tres formas:

- Reduciendo la evaluación negativa que el sujeto hace de la situación como estresante (evaluación primaria del estresor).
- Disminuyendo la reacción del sistema neuroendocrino.
- Facilitando la adopción de conductas adaptativas.

Por su parte, Vaux (1988; como se citó en López & Chacón, 1999), propone siete mecanismos para explicar los efectos de la interacción del apoyo social:

- Acción protectora directa, donde ciertas conductas de apoyo previenen la aparición de ciertos estresores.
- Inoculación, el apoyo social produciría una evaluación primaria más benigna del estresor.
- Acción de apoyo directa, donde los recursos aportados en las relaciones sociales facilitan el afrontamiento de la situación de estrés.
- Guía de evaluación secundaria, actuando el apoyo social como un facilitador más realista de los recursos disponibles para hacer frente a la situación.
- Reevaluación encaminada a percibir el estresor como menos amenazante.
- Apoyo emocional paliativo, cuando se produce una pérdida de apoyo emocional puede paliar los efectos de la misma.
- Distracción, donde el apoyo emocional puede ayudar a que la persona se centre en ella, realizando otras actividades gratificantes.

Para Cohen (1988; López & Chacón, 1999), existirían cuatro submodelos que explicarían los diferentes mecanismos mediante los cuales el apoyo social puede tener efectos protectores o de interacción:

- Modelos de la información, donde las situaciones estresantes a las que se enfrenta una persona pueden provocar en su red social respuestas que aporten información con respecto a la naturaleza de los factores estresantes y las formas adecuadas de hacerles frente.
- Modelos de identidad y autoestima, la disponibilidad de otros para ofrecer ayuda y mejora de los recursos de afrontamiento como resultado de la ayuda recibida.
- Modelos de influencia social, considera que el control social y la presión de los pares influye en la forma como nos enfrentamos a las situaciones problemáticas.
- Modelos de los recursos tangibles, donde los recursos materiales aportados por la red social reducen el carácter estresante de muchos acontecimientos.

A modo de síntesis, ambos modelos teóricos no resultan ser incompatibles sino pueden llegar a ser complementarios ya que el apoyo social puede tener un efecto directo y un efecto amortiguador. De este modo, partiendo de una perspectiva integradora se concibe el apoyo social bajo tres niveles de análisis (Gottlieb, 1983; como se citó en Lin et al., 1986; Rodríguez, 2011):

- Nivel comunitario o macro**, concebido como el sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.
- Nivel medio**, comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo

(trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.

c. Nivel micro o de relaciones íntimas, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

2.2.2.4. Tipos de apoyo social

Se distinguen dos tipos de abordaje en función de la perspectiva desde la que se la estudie (Riquelme, 1997; como se citó en Rodríguez, 2011):

A. Desde una perspectiva estructural, que hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social, como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella. Dentro de las cuales podemos señalar (Fernández, 2005):

A.1. Tamaño, son el número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el individuo.

A.2. Densidad, representa la interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central.

A.3. Reciprocidad, es el grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.

A.4. Parentesco, referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales.

A.5. Homogeneidad, es la semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc.

B. Desde una perspectiva funcional, donde se analizan los efectos o consecuencias que le suceden al sujeto y la conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981; como se citó en Rodríguez, 2010). Los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones son: emocional, tangible o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Schaefer et al., 1981; como se citaron en Rodríguez, 2011).

B.1. Emocional, representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona.

B.2. Apoyo instrumental, tangible o material, hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa.

B.3. Informacional, consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas.

En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona necesitada (De Paulo, Nadler & Fisher, 1983; como se citó en Rodríguez, 2011).

Otra forma de clasificar el apoyo social según Caplan (1974; como se citó en Rodríguez, 2011):

- Apoyo social objetivo, que serían los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos, y

- Apoyo social percibido, que destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar.

Sherbourne y Stewart (1991), consideran que las diversas investigaciones han estudiado el Apoyo Social o, bien, desde una perspectiva funcional o, bien, desde una perspectiva estructural; ambas líneas de investigación reportaron propiedades psicométricas poco fehacientes (Sherbourne & Stewart, 1991, p. 705). Sin embargo, la propuesta de dichos autores fue diseñar un instrumento que permite evaluar de forma multidimensional el Apoyo Social Percibido.

2.2.2.5. Factores que influyen en la percepción de apoyo social

- **Factores culturales:** Se ha evidenciado la importancia de la cultura respecto a la percepción de apoyo social. Refieren que en culturas colectivistas el intercambio y la recepción de apoyo suelen percibirse de manera más positiva que en las culturas individualistas, donde la búsqueda de apoyo entra en conflicto con valores que se promueven en este tipo de culturas como la independencia, la autoconfianza y el control interno (Green & Rodgers; 2001; Cutrona et al., 1997; Thomson, Lutz & Lakey, 1999; Barrón, 1996; Asili & Julián, 1998; como se citaron en Rodríguez, 2011).
- **Factores psicológicos:** Independientemente del apoyo real, la gente interpreta el apoyo de manera consistente con sus creencias más profundas; de tal forma que los esquemas formados en la infancia respecto a como uno debe ser tratado, suelen influir en la calidad y cantidad de interacciones en la adultez (Sarason, Pierce & Sarason, 1990; Aduna, 1998; Green

& Rodgers, 2001; Henly, Danzinger & Offer, 2005; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; como se citaron en Rodríguez, 2011). Los sujetos optimistas, asertivos, con alta autoestima, con habilidades sociales adecuadas y que son extrovertidos, suelen percibir altos niveles de apoyo de diversas redes sociales y mencionan sentirse más satisfechos con él (Acuña y Bruner, 1999; Aduna, 1998; Gurung, Sarason, & Sarason, 1997; Sarason et al., 1990; como se citaron en Rodríguez, 2011). Así mismo, cuando sus expectativas respecto al apoyo no se cumplen, suelen explicarlo a través de factores específicos y de corta duración (Hartlage, Alloy, Vázquez & Dykman, 1993; Latkin & Curry, 2003; como se citaron en Rodríguez, 2011). Por otro lado, los sujetos ansiosos, con ánimo deprimido, baja autoestima, locus de control externo y/o bajos niveles satisfacción con la vida, suelen percibir menores cantidades de apoyo social y tienden a explicar esta carencia a través de factores generales y permanentes como su personalidad o sus características físicas y sociales, lo cual podría estar afectando de manera negativa la percepción de su valor personal (Daniels & Guppy, 1997; Gurung et al., 1997; Sarason et al., 1983; Aduna, 1998; como se citaron en Rodríguez, 2011).

- **Factores sociales:** Altos niveles de estrés y ansiedad tienden a afectar de manera negativa las habilidades sociales de los individuos, debido a que favorecen que este se perciba incapaz de mantener relaciones seguras, disminuyendo su bienestar y el acceso al apoyo social (Domínguez y Watkins, 2003; como se citaron en Rodríguez, 2011).
- **Factores socioeconómicos:** La familia es considerada como la fuente principal de apoyo; sin

embargo, cuando se vive en un contexto de pobreza esta relación cambia, pues es común que los miembros de la familia se encuentren en condiciones similares de precariedad, lo cual disminuye la posibilidad de dar y recibir apoyo (Abello, Mandariaga, & Hoyos de los Ríos, 1997; como se citaron en Rodríguez, 2011). Bajo estas circunstancias, las redes sociales de la comunidad suelen convertirse en una fuente de apoyo primaria y altamente significativa (Ahluwalia, Dodds & Baligh, 1998; Latkin & Curry, 2003; Orthner, Jones-Sanpei & Williamson, 2004; como se citaron en Rodríguez, 2011).

Dada la importancia que tiene la percepción del apoyo social en relación con la satisfacción personal, y los sentimientos de soledad y depresión (Richaud de Minzi & Sacchi, 2004; como se citaron en Rodríguez, 2011) es necesario evaluar los diferentes tipos de apoyo social percibido con que cuenta una persona, en forma particular, al paciente oncológico.

2.2.3. Cáncer

2.2.3.1. Generalidades

El cáncer, de acuerdo Cruzado (2010), suele ser considerado una enfermedad única, sin embargo, esta enfermedad conformada por diferentes procesos clínicos, que tienen como característica en común la existencia de una proliferación anormal de células, que tienen la capacidad de diseminarse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y por metástasis. Específicamente, la invasión se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino. Mientras, la metástasis se produce cuando

las células cancerosas circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo.

Según el MINSA (2010), el cáncer es una enfermedad que resulta del crecimiento sin control de células anormales que se originan en alguna parte del cuerpo y suelen vivir más tiempo que las células normales, pueden formar tumores, destruir las partes vecinas y diseminarse por el cuerpo.

En la actualidad se han determinado más de 150 tipos de cáncer, pero entre los más comunes se pueden señalar:

- Carcinomas, el más común entre los diferentes tipos de cáncer, provienen de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo.
- Sarcomas, son cánceres que surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo como son el hueso, el cartílago, el tejido conectivo, el músculo y la grasa.
- Linfomas, son aquellos que se originan en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
- Leucemias, son cánceres de células inmaduras de la sangre producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo.

Siguiendo a Cruzado (2010), entre los factores de riesgo que producen el cáncer difieren en función del tipo de cáncer, así podemos indicar:

- Tabaco, considerado el principal factor responsable del cáncer, en el cáncer al pulmón está relacionado un 85% de los casos.

- Dieta, la ingesta de grasas saturadas, carencia de fibra y déficit de ingesta de frutas y verduras; así como, la obesidad y el sedentarismo.
- Consumo de alcohol.
- Exposición a sustancias tóxicas, aflaxotina, asbesto, cadmio, cromo y níquel, arsénico, PVC y fenacetina; o, radiactivos como exposición a rayos ultravioleta.
- Consumo de drogas o fármacos e ingesta de productos cancerígenos.
- Riesgos ocupacionales, los que trabajan con madera incrementan el riesgo de adenocarcinoma de nasofaringe; deshollinadores aumentan el riesgo de cáncer al escroto; y, trabajadores en contacto con radiaciones como en centrales nucleares y hospitales.
- Infecciones, en casos muy concretos se producen infecciones ocasionadas por virus que desembocar en determinados tipos de cáncer.
- Alteraciones genéticas, que conllevan una mayor predisposición a determinados tipos de patologías.

De otra parte, tenemos entre los principales tratamientos del cáncer los siguientes (Cruzado, 2010):

- Cirugía, es la extirpación del tumor y/o tejido de zona afectada. Está indicada para la mayoría de los tumores sólidos. Los efectos secundarios dependen de diversos factores, incluyendo la localización y tamaño del tumor, tipo de cirugía necesaria y estado de salud general del paciente.
- Quimioterapia, es el empleo de fármacos para destruir las células neoplásicas, donde se puede hacer uso de un único tipo de fármaco o combinación de varios de ellos. Los fármacos utilizados afectan tanto a células sanas como a las afectadas. Este tratamiento conlleva

una serie de efectos secundarios variables en función al tipo de fármaco utilizado y la dosis administrada.

- Radioterapia, es la utilización de radiaciones para destruir las células tumorales. Es común que se utilice de forma combinada con otro tipo de tratamiento oncológico. La forma de administración del tratamiento puede ser interna (radiación en la zona afectada desde fuera del organismo) o externa (donde se utilizan píldoras y fluidos radiactivos implantados en el organismo del paciente). El efecto secundario más usual es la astenia (interna) y sensibilidad en la piel (externa).
- Hormonoterapia, se usa en los tumores que dependen de las hormonas del crecimiento ya que este tratamiento impide que las células cancerosas utilicen la hormona que necesitan para crecer. Es un tratamiento con baja toxicidad, poseyendo como efectos secundarios la fatiga, retención de líquidos, aumento de peso, sofocos, náuseas y vómitos.
- Inmunoterapia o terapia biológica, es la estimulación del sistema inmune para que desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor. Hay dos tipos: inmunización específica, localizada en el punto en concreto; o inmunización inespecífica, tratando de lograr un aumento de la inmunidad global. Los efectos secundarios varían en función al tipo de tratamiento empleado, y por lo general desaparecen una vez que termina el tratamiento.

2.2.3.2. Consecuencias del cáncer

Entre las secuelas que deja el cáncer, pueden agruparse en:

A. Síntomas físicos

Los más comunes son los siguientes:

- Dolor. Suele afectar al 40% de los pacientes en el diagnóstico, durante la enfermedad o tratamiento y a un 70-90% a aquellos con enfermedad avanzada.
- Astenia. Es el cansancio mostrado por el 91% de los pacientes lo que le impide llevar una vida normal. Suele producirse por la quimioterapia y radioterapia principalmente y puede mantenerse una vez terminados los tratamientos.
- Problemas respiratorios. Son frecuentes y molestos en personas con cáncer avanzado.
- Linfedema. Es el acumulamiento de linfa en una extremidad, generalmente el brazo que no se drena, por lo que se produce una hinchazón.
- Dificultades de comunicación. Es más común en pacientes con cáncer de laringe, esófago, cabeza y cuello y cerebral que afectan a la calidad de vida.
- Problemas relativos al embarazo. Las mujeres suelen mostrar preocupación acerca de quedar embarazadas durante el tratamiento, el tratamiento del cáncer en mujeres embarazadas es más complicado y debe tener en cuenta el riesgo para el feto de la quimioterapia, radioterapia o cirugía.
- Infertilidad. La histerectomía, ooforectomía, la radiación en órganos pélvicos y la quimioterapia provocan infertilidad.
- Olores. Como resultado de la enfermedad se pueden emitir olores, lo cual tiene un fuerte impacto en las personas con cáncer y puede provocar síntomas depresivos y aislamiento social. Estos olores pueden resultar de estomas, fístulas urinarias o fecales o

necrosis del tumor que puede ocurrir en cavidades corporales o úlceras superficiales.

- Náusea y vómito. Los protocolos de quimioterapia pueden inducir náuseas y vómitos, inclusive el 24% de los pacientes suele experimentar reacciones de forma anticipatoria o condicionada.
- Deficiencias nutricionales y carencia de apetito. Los tratamientos pueden dañar la nutrición, por lo que hay que recurrir a la alimentación por vía enteral; asimismo, la pérdida de apetito es frecuente en estados de cáncer avanzado.
- Síntomas orales. En muchos aparecen infecciones, hemorragias gingivales, estomatitis y mucositis, boca seca, cambios en el gusto, dificultad para masticar y pérdida de piezas dentales.
- Incontinencia y problemas de vejiga. Uno de los síntomas que informan con mayor frecuencia los pacientes con cáncer de próstata o con infecciones urinarias es la incontinencia urinaria. En pacientes con cáncer colorrectal hay frecuentes problemas de diarrea y estreñimiento.
- Problemas de funcionalidad. Con cáncer avanzado los pacientes suelen presentar grandes dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, incluyendo el autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades de rol.

B. Síntomas psicosociales

Trastornos psicopatológicos. La prevalencia de los trastornos de ansiedad va entre 15% al 23%, entre los que destacan: ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobias a los tratamientos, fobia social y estrés postraumático, dependiendo del tipo de cáncer y su

gravedad. Mientras que la prevalencia de depresión se encuentra entre el 23% a 35%, ello es posible detectarlo por la intensidad del humor depresivo, la pérdida de interés y placer, el grado de sentimientos de desesperanza, la culpa, la infravaloración personal y la ideación suicida (Cruzado, 2010). De otro lado, los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de suicidio que la población general, siendo el período después del diagnóstico o en los momentos de recibir malas noticias donde se hacen más frecuentes, siendo el método de suicidio la sobredosis de analgésicos y sedantes, y la mayoría de los casos ocurre en casa; por ello, es importante evaluar la ideación suicida del paciente. Asimismo, el vivir con cáncer afecta la percepción y valoración de uno mismo, principalmente por los cambios en su imagen corporal que alteran su sentido de feminidad o masculinidad (Cruzado, 2010).

Personalidad y estilos de afrontamiento. Se asocia la Personalidad tipo C a las personas que tienden a evitar o negar emociones, muestran falta de expresión emocional, inasertividad, sumisión y aceptación de la autoridad externa. En la tabla 1, se visualiza las principales características de la Personalidad tipo C.

Tabla 1.

Características de la Personalidad tipo C

Estilo Interpersonal	Temperamento	Estilo emocional	Estilo cognitivo	Factores sociales
Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno. Aceptar la autoridad Docilidad y lealtad.	Depresión, indefensión y desesperanza.	Tranquilidad. Supresión de emociones negativas.	Aceptación estoica. Racional, leal a la realidad. Pesimismo.	Soledad. Carencia de apoyo social. Carencia de intimidad.

Fuente: Adaptado de Cruzado (2010)

C. Proceso de atención médica

La atención médica se da desde que se detecta el tumor, y se puede distinguir el siguiente proceso (Cruzado, 2010):

- **Detección precoz y diagnóstico.** La detección temprana permite aumentar las posibilidades de curación o control del cáncer. Entre las pruebas más comunes para la detección de los signos de alarma encontramos: prueba de papanicolau, mamografía, ecografía, prueba antígeno prostático específico (PSA) y la prueba oculta en heces (FOBT). Una vez detectado algunos de alarma se llevara a cabo una biopsia, el examen microscópico le indicará al medico si existe un tumor, si es benigno o maligno. Después de ello, se realizará procedimientos de diagnóstico para definir las características y regiones afectadas a través de la tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (PET), ecografía abdominal, gammagrafía ósea para detectar metástasis ósea y análisis de sangre para detectar indicadores tumorales.
- **Tratamiento.** Entre los tratamientos más usuales tenemos: la cirugía, consiste en la extirpación del tumor y/o tejido de la zona afectada, está indicada para la mayoría de tumores sólidos; quimioterapia, es el empleo de fármacos para destruir las células neoplásicas, se puede usar un fármaco o una combinación de varios tipos; radioterapia, es la utilización de radiaciones para destruir las células tumorales; hormonoterapia, se utiliza para aquellos tumores que dependen de hormonas para su crecimiento, ya que este tratamiento impide que las células cancerígenas utilicen la hormona que

necesitan para crecer; y, la inmunoterapia o terapia biológica, es la estimulación del sistema inmune para que desencadene una respuesta y aumente las defensas ante el tumor.

- Post-tratamiento. Una vez completada la terapia oncológica se llevará a cabo una rehabilitación en caso la patología o tratamiento haya producido alguna secuela, además se realizará un seguimiento y revisiones médicas.
- Cuidados paliativos. En los pacientes con cáncer avanzado o terminal la intervención en cuidados paliativos tiene por finalidad conseguir el máximo bienestar para el enfermo y sus familiares.

2.2.3.3. Psicooncología

La Psicooncología es un campo interdisciplinario de la Psicología y las ciencias biomédicas orientada “a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer” (Cruzado, 2010, p. 23), como también “la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad” (Cruzado, 2010, p. 23).

Incluso algunos autores consideran que se trata de un campo de acción transdisciplinario que requiere de la interacción de especialistas en “oncología, antropología, ciencias de la comunicación, filosofía, sociología, derecho, ética, religión; entre otras como una forma de fusionar su acción en la búsqueda del bienestar del ser humano, antes que del paciente o enfermo” (Alvarado, Genovés & Zapata, 2009, p. 49).

Desde la perspectiva de la Psicología, la Psicooncología se ha visto desarrollada gracias a los aportes de la Psicología de la Salud que aporta los modelos biopsicosociales; el avance de los estudios sobre el estrés y emoción en cáncer; la investigación en Psiconeuroinmunología, que estudia la interacción entre los procesos psicológicos, la inmunología y el sistema neuroendocrino; y, la constatación de la eficacia del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida.

Entre las funciones más importantes del psicooncólogo son: la prevención y promoción de estilos de vida saludables; la evaluación clínica y de la salud; el tratamiento de los problemas asociados al proceso de la enfermedad; la intervención con el personal sanitario para facilitar las habilidades de comunicación y prevenir el burnout; y, la investigación de factores psicológicos implicados en el cáncer y de la eficacia de la evaluación y tratamientos psicológicos.

Torrigo, Santin, Andrés, Menéndez & López (2002), han adaptado el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner por considerarlo como “uno de los más amplios y eficaces para abordar la problemática” (Torrigo et al., 2002, p. 45), en los pacientes con cáncer. Dicho modelo posee como postulado básico el referido a que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana; cabe señalar, que dicha afirmación fue sustentada por Lewin, al afirmar que la conducta surge en función del intercambio de la persona con el ambiente. A continuación se señalan las características más destacadas del modelo explicativo propuesto por Torrigo et al. (2002):

A. Microsistema: Es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones

característicos de los contextos cotidianos. Para el caso de la Psicooncología, el ambiente cercano del paciente suele verse incrementado por entornos que llegan a convertirse en cotidianos como son: el hospital/la consulta, los otros pacientes con los que coincide en el ámbito hospitalario, las asociaciones a las que acuden en busca de ayuda, entre otras; a su vez, son las propias características personales, actitudinales y conductuales de los sujetos implicados en los diferentes entornos. Cabe señalar, que la relación que el paciente establece con otros pacientes, personal sanitario, familiares y amigos puede ser decisiva en el ajuste y adaptación que tenga ante el diagnóstico y/o tratamientos.

B. Mesosistema: Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). En la Psicooncología vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto. Estos se pueden expresar en: grado y tipo de comunicación e información del personal sanitario con la familia y amigos, adecuación entre las instrucciones del personal sanitario y las prácticas saludables potenciadas en el hogar por la familia y amigos, apoyo social que ofrece el hospital y/o asociaciones a la familia y amigos del paciente, facilidad/imposibilidad que el sistema sanitario oferta en sus horarios para adecuarlos a los horarios laborales del paciente y viceversa.

C. Exosistema: Referido a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de

amigos de la pareja, etc.). En psicooncología estos comprenden: reacción de los miembros de la red social de apoyo de determinados miembros del microsistema familiar a los que el paciente no conoce, historia previa, satisfacción con las relaciones que el médico tenga con otros miembros del personal sanitario y las facilidades/dificultades que la institución y/o empresa en la que trabajan los familiares den para ausentarse para así poder ayudar al paciente.

D. Macrosistema: Se consideran la influencia de factores ligados a las características de la cultura, religión, etnia y el momento histórico-social. Dentro de la psicooncología los elementos más destacados son: la necesidad de evaluar las prácticas institucionales como la frecuencia de visitas a un enfermo hospitalizado, derecho u obligación de ser informado, derecho a elegir el tipo de tratamiento, horarios en los que se aplican los tratamientos, derecho a elegir el momento de la propia muerte (eutanasia), etc.; las actitudes que el sujeto percibe en sus entornos cotidianos; las políticas gubernamentales y autonómicas determinan qué áreas sanitarias se establecen como prioritarias (tanto a nivel preventivo, asistencial y de investigación) y, en gran medida, la calidad de la atención médica y psicológica que reciba el enfermo estará en función de estas variables; y, el contexto histórico-social del Perú donde el multiculturalismo es un distintivo en la sociedad y la situación económica aún muestra una tendencia al desarrollo.

2.2.3.4. Instituciones y programas de lucha contra el cáncer

A. A nivel internacional

La Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas, firmada en septiembre del 2000,

compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los Objetivos del Milenio (ODM), provenientes de esa Declaración tienen metas e indicadores específicos, siendo el caso del ODM 6 que tiene como tercera meta específica: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (OMS, 2010). Es decir, el cáncer es una enfermedad crónica que deteriora de manera integral al individuo que la padece estaría dentro de las metas a ser atendidas a nivel internacional.

B. A nivel nacional

Se desarrolla el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer (2006), proyecto en ejecución desde el 2006 al 2016 bajo la dirección de la Coalición Multisectorial “Perú Contra el Cáncer”. Dicha organización pretende, a nivel nacional, enfrentar la carga del cáncer en el Perú en forma coordinada e integral a través de la participación de todas las instituciones involucradas y de la comunidad organizada para el control del cáncer y de la aplicación de un conjunto de intervenciones costo-eficientes y basadas en evidencias científicas, encaminadas a la promoción de hábitos saludables, prevención del cáncer, tamizaje-detección-diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y oportuno, rehabilitación y cuidado paliativo en pacientes con lesiones avanzadas, para mejorar su calidad de vida.

De acuerdo a lo declarado en el Plan Estratégico de la Coalición, las prioridades a considerar en orden de importancia son: Cáncer de cuello uterino, Cáncer de mama, Cáncer de estómago, Cáncer de próstata, Cáncer

de pulmón, Cáncer de piel y Cáncer de cavidad oral. Y, siendo sus objetivos prioritarios:

- Contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el Perú, aplicando intervenciones sistemáticas basadas en evidencias científicas para la promoción de la salud, prevención del cáncer, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos con un enfoque integral para contar con personas saludables.

Objetivos específicos:

- Promover estilos de vida saludable en la población peruana, ligados a otros factores y agentes de promoción de la salud y realizar la prevención del cáncer a través del control de los factores de riesgo.
- Realizar la detección/diagnóstico temprano de las siete neoplasias priorizadas.
- Hacer tratamiento de los diferentes tipos de cáncer detectados, utilizando los mejores métodos disponibles y adecuados en las Unidades Oncológicas ó Centros Especializados.
- Asegurar la mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos mediante la rehabilitación y cuidados paliativos.
- Unificar los registros de cáncer en el Perú.
- Promover la investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención.
- Potenciar el desarrollo de recursos humanos, de infraestructura, equipos y de financiamiento en las Unidades o Servicios Oncológicos del país.

En dicho contexto, el presente estudio busca proveer de información valiosa para el reconocimiento de las características psicológicas y sociales protectoras que posee paciente oncológico bajo una perspectiva de la promoción y prevención de la salud.

2.2.3.5. Cáncer y resiliencia

Algunos autores consideran la existencia de una estrecha relación entre la Salud Mental y la Resiliencia, donde la promoción de la resiliencia facilita el desarrollo de la capacidad de resistir las adversidades y agresiones de un medio social que permitiría, a su vez, el desarrollo de la salud mental (Melillo, 2004; como se citó en González, Valdez, Oudhof & González, 2009). Así también, desde el campo de la psicooncología la enfermedad oncológica connota desde la perspectiva de los pacientes y los familiares una alteración emocional y social, aparte de la patología orgánica (Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2003); es decir, el paciente oncológico presenta, además de un conjunto de síntomas físicos, un malestar emocional que altera su funcionamiento cognitivo, afectivo, conductual, social y espiritual (Cruzado, 2010).

Bajo lo mencionado algunos autores como Vaillant (2000; Garassini, s/f) y Danne, Snowdon y Friesen (2001; Garassini, s/f), han señalado que las emociones positivas permiten enfrentar de mejor manera las experiencias traumáticas y siendo la resiliencia un aspecto sustancial que permite darle un nuevo sentido al cáncer.

2.2.3.6. Cáncer y apoyo social

Algunos estudios señalan que el cáncer y la visión del cáncer dificulta las relaciones del enfermo con el entorno

social (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2003). Pese a ello, el apoyo de la pareja, la familia y entorno social son determinantes en la adaptación al cáncer (Cruzado, 2010). De acuerdo a Reyes (2003), en su estudio determino que en un grupo de pacientes crónicos la familia cumple el rol de principal proveedora de apoyo social, ya que obtuvo que el 66% del apoyo recibido provenga de un familiar cercano, lo cual coincide con estudios hechos con pacientes crónicos y enfermos en general.

Asimismo, varios estudios han demostrado que el apoyo social se asocia con mejores resultados y una mayor supervivencia de varias enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer (Bisschop et al., 2004; como se citó en Lyons, 2010).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

- La resiliencia tiene una relación directa y significativa con el apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- La resiliencia y el apoyo social percibido difieren significativamente en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, según sexo.
- La resiliencia y el apoyo social percibido difieren significativamente en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, según edad.
- La resiliencia y el apoyo social percibido difieren significativamente en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, según nivel de instrucción.

- La resiliencia y el apoyo social percibido difieren significativamente en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, según el tipo de cáncer.
- La resiliencia y el apoyo social percibido difieren significativamente en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, según el tiempo de enfermedad diagnosticada.
- La resiliencia y el apoyo social percibido difieren significativamente en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo, según proceso de atención médica.

2.4. Variables

2.4.1. Variables interdependientes:

2.4.1.1. Resiliencia: Es “la capacidad que tiene el individuo o un grupo para superar grandes dificultades y crecer... se trata de una capacidad de reconstruir la vida y, a veces, incluso transformar una desgracia en algo positivo” (Vanistendael, 2010, p.10).

Dimensiones:

- A. Confianza en sí mismo,** considerada como aquella capacidad para creer en sí mismo y en las propias capacidades, así como depender de uno mismo reconociendo sus fuerzas y limitaciones.
- B. Ecuanimidad,** definida como la capacidad de mantener una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencias, esperar tranquilo, tomar las cosas que vengan por ende moderando respuestas extremas ante la adversidad.
- C. Perseverancia,** es el acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento, connota un fuerte deseo de continuar luchando para reconstruir la vida de uno

mismo, permanecer involucrado y practicar la autodisciplina.

D. Satisfacción personal, es la capacidad para comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones, tener algo por lo que vivir.

E. El sentirse bien solo, es la capacidad para comprender que la senda de la vida de cada persona es única, mientras que se comparten algunas experiencias, quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo da un sentido de libertad y un significado de ser únicos (Escudero, 2007).

2.4.1.2. Apoyo Social Percibido: Es el “conjunto de provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin, et al., 1986; como se citó en López y Chacón, 1999, p. 185).

Dimensiones:

A. Apoyo social percibido estructural, que hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social, como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella. Comprende (Fernández, 2005): tamaño, densidad, reciprocidad, parentesco y homogeneidad.

B. Apoyo social percibido funcional, donde se analizan los efectos o consecuencias que le suceden al sujeto y la conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (Schaefer et al., 1981; como se citó en Rodríguez, 2010). Los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones son: emocional, tangible o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Schaefer et al, 1981; como se citó en

Rodríguez, 2011). Está compuesta por las subdimensiones:

B.1. Emocional, representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona.

B.2. Apoyo instrumental, tangible o material, hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa.

B.3. Informativa, consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas.

2.4.2. Variables intervinientes:

- **Sexo:** Masculino y femenino.
- **Edad:** Agrupadas en grupos etáreos en adulto joven (18 a 29 años), adulto (30 a 59 años) y adulto mayor (60 a más años).
- **Nivel de instrucción:** Sin nivel, primaria, secundaria, técnico-superior y superior.
- **Tipo de cáncer:** Carcinomas, sarcomas, linfomas y leucemias.
- **Etapas en el proceso de atención médica:** Detección precoz y diagnóstico, tratamiento, post-tratamiento y cuidados paliativos.
- **Tipo de tratamiento:** Cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia o terapia biológica.
- **Tiempo de enfermedad:** cero a seis meses, entre seis a un año, entre un año a tres años, mayor a tres meses.
- **Síntomas físicos:** Dolor, astenia, problemas respiratorios, linfedema, dificultades de comunicación, olores, náusea y vómito, deficiencias nutricionales y carencia de apetito, estomatitis y mucositis, boca seca, cambios en el gusto, dificultad para masticar, incontinencia y problemas de vejiga,

dificultades en su autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades de rol.

2.5. Operacionalización de las variables

2.5.1. Resiliencia: Son las respuestas dadas por los pacientes con diagnóstico de cáncer a los 25 ítems que conforman la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

Tabla 2.

Composición de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

Variable	Dimensiones	Ítems
Resiliencia	Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18 y 24
	Ecuanimidad	7, 8, 11 y 12
	Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20 y 23
	Satisfacción personal	16, 21, 22 y 25
	Sentirse bien solo	3, 5 y 19

2.5.2. Apoyo Social Percibido: Son las respuestas que brinden los pacientes con diagnóstico de cáncer al Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS-A) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007). El cual consta de 20 ítems, una de respuesta abierta y 19 de respuesta múltiple, todas ellas en conjunto miden el constructo apoyo social percibido.

Tabla 3.

Composición del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS-A) de Sherbourne y Stewart

Variable	Subvariable	Dimensiones	Ítems
Apoyo Social Percibido	Apoyo Social	Apoyo emocional	3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18 y 19
	Percibido Funcional	Apoyo afectivo	6, 7, 10, 11 y 20
		Apoyo instrumental	2, 5, 12 y 15
	Apoyo Estructural	Social Percibido	1

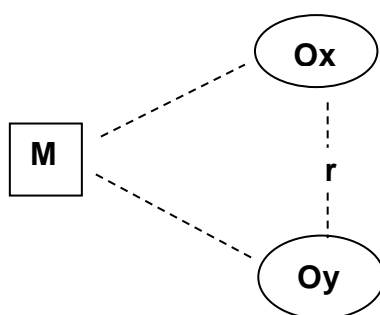
CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación se enmarca dentro de la estrategia de estudio de corte no-experimental, por cuanto no se manipuló o varió intencionalmente ninguno de los componentes de una o más variables independientes presentes en los pacientes con cáncer (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Y, dentro de las estrategias No Experimental, el diseño apropiado para este estudio es el Transversal o Transeccional, ya que se recolectó los datos en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables de estudio y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2010).

En relación, al tipo de estudio corresponde al correlacional, por cuanto se estableció relaciones entre las variables de estudio sin precisar sentido de causalidad (Hernández et al., 2010). En forma esquemática se puede observar de la siguiente manera:



En donde:

- M** : Muestra de pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Ox** : Observación de la variable interdependiente Resiliencia en pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Oy** : Observación de la variable interdependiente Apoyo Social Percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer.
- r** : Índice de relación que hay entre ambas variables.

3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis con la cual se trabajó fue el paciente con diagnóstico de cáncer mayor de 18 años que acude al hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray de Trujillo.

3.3. Población de estudio

La población de estudio comprendió a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años, que acudieron al servicio de oncológica del hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray de Trujillo durante el período Noviembre-Diciembre del 2012.

3.4. Tamaño de la muestra

La muestra estuvo constituida por 100 pacientes con diagnóstico de cáncer, mayores de 18 años y de ambos sexos, que acudieron al hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray de Trujillo durante período Noviembre-Diciembre del 2012.

3.5. Selección de la muestra

El tipo de muestreo realizado fue no-probabilístico de tipo intencional.

Criterios de inclusión:

- Aquellos que acudieron al servicio de oncológica del hospital EsSalud Víctor Lazarte Echeagaray.
- Presentaron edades por encima de los 18 años.
- Sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- Aquellos que no respondieron todos los ítems.
- Personas que padezcan alguna enfermedad discapacitante, que impida el desarrollo de los cuestionarios.

- Personas que estén sometidas a una dolencia crónica, que indispongan el desarrollo espontáneo de los cuestionarios.

Se aprecia en la tabla 4 que la muestra estudiada estuvo conformada por 22% de varones y 78% mujeres. De acuerdo al grupo etáreo se encontró que el 6% adulto joven (18 a 29 años), 42% adulto (30 a 59 años) y el 52% adulto mayor (60 a 84 años). Asimismo, el nivel de instrucción mayoritario en la muestra fue de nivel superior (42%), seguido del nivel secundario (30%), nivel primaria (16%), técnico-superior (6%) y sin nivel (6%). En cuanto a su procedencia, el 59% provenía de la misma ciudad de Trujillo, mientras que un 18% lo hacía de las provincias del departamento de La Libertad y un 23% provenían de otros departamentos (Ancash, Lambayeque y Cajamarca).

Tabla 4.

Características de la muestra, pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo (n=100)

	Variables	f (Frecuencia)	% (Porcentaje)
Sexo	Masculino	22	22.0
	Femenino	78	78.0
Edad (años)	Adulto joven: 18-29	6	6.0
	Adulto: 30-59	42	42.0
	Adulto mayor: 60-84	52	52.0
Nivel de instrucción	Sin nivel	6	6.0
	Primaria	16	16.0
	Secundaria	30	30.0
	Técnico-superior	6	6.0
	Superior	42	42.0
Procedencia	Capital de La Libertad: Trujillo	59	59.0
	Provincias de La Libertad	18	18.0
	Otros departamentos: Ancash, Lambayeque y Cajamarca	23	23.0
Total		100	100%

3.6. Técnicas de recolección de datos

3.6.1. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron una ficha de datos, una escala y un cuestionario, estos dos últimos poseían preguntas y alternativas bien establecidas, que brindarán la data específica con relación a las variables a estudiar. Cabe señalar, que la ficha de datos era completada por el examinador a través de una entrevista; mientras que la escala y el cuestionario serán completadas estrictamente por el paciente.

3.6.1.1. Ficha de datos

En el cual se recoge datos personales del paciente con cáncer; así como, las características generales de la enfermedad como son la etapa del proceso de atención médica, el diagnóstico de cáncer y la fecha del diagnóstico.

3.6.1.2. Escala de Resiliencia

- **Ficha técnica:** Escala de Resiliencia fue creado por Wagnild y Young (1993) – Estados Unidos; y adaptado al Perú por Novella (2002). La prueba esta conformada por 25 ítems. Su aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de 25 a 30 minutos. Esta dirigido para adolescentes y adultos. Tiene como objetivo evaluar las siguientes áreas: confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y el sentirse bien solo.
- **Validez:** La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la Escala de Resiliencia con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se corrobora su conformación de cinco factores (Novella, 2002; como se citó en Escudero, 2007).

- **Confiabilidad:** Los estudios citados por Wagnild y Young (Escudero, 2007) dieron confiabilidades de .85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; .86 y .85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas: .90 en madres primerizas post parto; y .76 en residente de alojamientos públicos. Además con el método test-retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de .67 a .84, las cuales son respetables. Finalmente, en la adaptación peruana se obtuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de .89 (Novella, 2002; como se citó en Escudero, 2007).
- **Normas:** Las puntuaciones totales de la escala oscilan entre 25 y 175, donde puntuaciones superiores a 145 indican un nivel Alto, puntuaciones entre 126 y 145 indican un nivel Moderado y puntajes de 125 o menos indican un nivel Bajo (Wagnild, 2009). Los puntajes directos transformados a percentiles se interpretan de la siguiente manera: alta (90-99), media alta (75-89), media (50-74), media baja (25-49), baja (24 a menos).

Para el presente estudio se realizó un análisis de confiabilidad de la Escala de Resiliencia. Aplicándose un análisis de confiabilidad a través del método de consistencia interna donde se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (Kerlinger & Lee, 2002). Se obtuvo un alfa de Cronbach del .815, ver tabla 5, nivel considerado moderado (Murphy & Davishofer; como se citó en Hogan, 2004).

Tabla 5.

Confiabilidad alfa de Cronbach la Escala de Resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo (N=100)

	Escala de Resiliencia
Alfa de Cronbach	0.815
N de elementos	25

De otro lado, en la tabla 16 (ver Anexo 5) se procedió a analizar las correlaciones ítem-test de la Escala de Resiliencia en pacientes oncológicos detectándose, en su mayoría, correlaciones superiores a .20, con excepción de los ítems 13, 20 y 22. Empero, en vista que la eliminación de estos ítems no elevaba sensiblemente la confiabilidad del instrumento, se consideró pertinente su permanencia en los análisis posteriores.

3.6.1.2. Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS-A)

- **Ficha técnica:** El Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS), es la versión adaptada al español por Rodríguez y Enrique (2007), del cuestionario MOS para adultos desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems, conformado por dos áreas: apoyo social estructural y apoyo social funcional; y tres factores: apoyo emocional, afectivo e instrumental. Pretende evaluar por un lado características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño y densidad; y, por el otro, los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red. Esta dirigida para personas mayores de 18 años.
- **Validez:** Rodríguez y Enrique (2007) al realizar un análisis factorial, previamente se hizo el cálculo del

índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Okin (KMO=.935), aplicando se método de rotación varimax se encontró un modelo factorial de tres factores que explicaban el 59.86% de la varianza total.

- **Confiabilidad:** Se calculó la fiabilidad como consistencia interna utilizando el coeficiente alpha de Cronbach, obteniendo un valor de .919 para la escala total (Rodríguez & Enrique, 2007); mientras que en los factores de apoyo emocional fue .876, apoyo afectivo fue .843 y en el apoyo instrumental fue .802 (Rodríguez & Enrique, 2007).
- **Normas:** No se refieren las normas encontradas a nivel local.

Asimismo, como parte del análisis psicométrico del instrumento se realizó el análisis de confiabilidad del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. De igual modo, dicho análisis por medio del método de consistencia interna y con el coeficiente alfa de Cronbach (Kerlinger & Lee, 2002), se halló un valor del .935, nivel considerado elevado (Murphy & Davishofer; como se citó en Hogan, 2004).

Tabla 6.

Confiabilidad alfa de Cronbach del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo (n=100)

Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido	
Alfa de Cronbach	0.935
N de elementos	19

Con respecto a las correlaciones ítem-test del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos se observa en la tabla 17 (ver Anexo 6) donde todos los ítems presentan correlaciones superiores a .20; por tanto,

todos los ítems poseen índices de discriminación aceptables (Ary, Jacobs & Razavieh, 1990; como se citó en Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho & Enríquez, 2006).

3.6.2. Procedimientos

3.6.2.1. Coordinación con la institución

Se hizo las coordinaciones respectivas con las autoridades del hospital EsSalud Víctor Lazarte Echegaray y del Servicio de Oncología del mencionado nosocomio, donde se fijaron las fechas y los ambientes en los cuales se desarrolló la recolección de la información.

3.6.2.2. Validación de instrumentos

Se realizó un análisis de contenido mediante criterio de jueces para ver la pertinencia de los reactivos a la muestra de estudio. Posteriormente, una prueba piloto fue aplicada a una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de cáncer que acuden al hospital EsSalud Víctor Lazarte Echegaray, para evaluar la comprensión de los ítems de ambos instrumentos.

3.6.2.3. Plan de recolección de datos

Se explicó a los pacientes y familiares sobre el objetivo del estudio y las actividades que se pretende realizar lo cual estuvo explicitado en el consentimiento informado que se les pidió que firmen si no tenían ningún inconveniente en su participación en el estudio.

Se absolvió cualquier duda o consulta que el paciente y/o familiar tuvo sobre algún aspecto del estudio. Al finalizar la evaluación, se brindó al paciente y/o familiares algunas recomendaciones según lo evaluado.

3.6.2.4. Control de calidad de los datos

Fueron validos aquellas hojas de respuestas que estuvieron debidamente llenadas, es decir, con una sola clave marcada y sus datos consignados con letras legibles.

3.7. Análisis e interpretación de la información

En primer lugar, se elaboró una base de datos a través de la información brindada en los instrumentos la cual será vaciada en el programa SPSS-18. Durante este proceso, las variables recibieron unos códigos específicos los cuales permitieron un mejor manejo de los datos recabados.

A nivel descriptivo, el contraste fue desarrollado mediante tablas de frecuencias y porcentajes de las variables interdependientes y de las características de la enfermedad.

A nivel inferencial, para la verificación de la hipótesis se utilizó estadísticos no-paramétricos, ya que la muestra fue seleccionada mediante un muestreo no-probabilístico; por tanto, se utilizó el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman. Adicionalmente a ello, se hizo un análisis comparativo de las variables interdependientes más destacadas con las variables de control según las hipótesis planteadas, para lo cual se usaron tablas de frecuencias y porcentajes, además de la *U* de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para el caso de las muestras independientes.

Finalmente, los análisis de fiabilidad de los instrumentos fueron estimados mediante el análisis de la consistencia interna con el alfa de Cronbach.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

A continuación se exponen los resultados descriptivos, por un lado, de las variables de estudio resiliencia y apoyo social percibido; y, por otro, de las variables intervinientes: proceso de atención médica, tipo de cáncer y tiempo con el diagnóstico definitivo.

En la tabla 7 se aprecia que la variable Resiliencia posee un valor mínimo de 74 y máximo de 184, además su media aritmética es 136.55 y posee una variabilidad de los datos de 16.951. En contraste, la variable Apoyo Social Percibido obtuvo un valor mínimo de 48 y máximo de 95, asimismo tuvo una media aritmética de 80.63 y alcanzó una dispersión de los datos de 11.132.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos sobre la variable Resiliencia y Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo (n=100)

	Mínimo	Máximo	Media aritmética	Desviación típica
Resiliencia	78	184	136.55	16.951
Apoyo Social Percibido	48	95	80.63	11.132
Total			100	

Según la tabla 8, se encontró que los pacientes oncológicos se encontraban en cuatro etapas diferenciadas del proceso de atención médica: detección precoz y diagnóstico (14%), tratamiento (72%), post-tratamiento (13%) y cuidados paliativos (1%). Asimismo, dentro de los tipos de cáncer más prevalente se identificaron: cáncer de mama (31%), cáncer de colon (9%), cáncer de próstata (8%), cáncer de útero (6%) y otros tipos de cáncer (25%). Finalmente, en función al tiempo transcurrido desde el diagnóstico definitivo de cáncer se halló: menos de seis meses (20%), de seis meses a menos de un año (33%), de un año a menos de

tres años (23%), y los pacientes oncológicos con diagnóstico presuntivo (14%).

Tabla 8.

Características descriptivas sobre el tratamiento del cáncer en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo (n=100)

Variables		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Etapa en el proceso de atención médica	Detección precoz y diagnóstico	14	14.0
	Tratamiento	72	72.0
	Post-tratamiento	13	13.0
	Cuidados paliativos	1	1.0
Tipo de cáncer	Ca. Mama	31	31
	Ca. Colon	9	9
	Ca. Próstata	8	8
	Ca. Útero	7	7
	Ca. Gástrico	6	6
	Otros	25	25
Tiempo con el diagnóstico definitivo	Menos de seis meses	20	20.0
	De seis meses a menos de un año	33	33.0
	De un año a menos de tres años	23	23.0
	De tres años a más	10	10.0
	Con diagnóstico presuntivo	14	14.0
Total		100	100%

4.2. Análisis inferencial

A nivel inferencial se busca generalizar los resultados obtenidos en la muestra (n=100) a la población de pacientes oncológicos que son atendidos en un hospital de la ciudad de Trujillo. Asimismo, al ser el tipo de muestreo de tipo no-probabilístico se hará uso de pruebas no-paramétricas como son: *Rho* de Spearman, prueba *U* de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis.

4.2.1. A nivel correlacional

De acuerdo a lo descrito anteriormente, se procedió a aplicar la prueba *rho* de Spearman para establecer la relación entre las variables resiliencia y apoyo social percibido. Así, tenemos en la tabla 9 que hay una correlación altamente significativa ($p < .01$) de .354 entre ambas variables de estudio, nivel considerado medio positivo para las ciencias sociales (Cohen 1988; como se citó en Nolan & Heinzen, 2011).

Tabla 9.

Correlaciones entre la variable resiliencia con la variable apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo (n=100)

		Apoyo social percibido
Resiliencia	Correlación de Spearman	.354**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	100

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

4.2.2. A nivel comparativo

De acuerdo a la tabla 10, se aplicó la prueba *U* de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de encontrar diferencias significativas de la resiliencia y apoyo social percibido según sexo, sin embargo, no se logró determinar la presencia de diferencias significativas.

Tabla 10.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes para estimar si presentan diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según sexo (n=100)

Variable	Grupo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig. (bilateral)
Resiliencia	masculino	22	56.70	721.500	-1.136	.256
	femenino	78	48.75			
Apoyo Social Percibido	masculino	22	46.23	764.000	-.783	.434
	femenino	78	51.71			

En la tabla 11 se aprecia el uso de la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes para detectar si difieren significativamente las variables resiliencia y apoyo social percibido según edad agrupada en grupos etáreos, sin embargo, no se encontró dichas diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11.

Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si poseen diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según edad agrupadas en grupos etáreos (n=100)

Variable	Grupo	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Sig. (bilateral)
Resiliencia	Adulto joven	6	61.92	2.800	2	.247
	Adulto	42	54.25			
	Adulto mayor	52	46.15			
Apoyo social percibido	Adulto joven	6	55.00	.244	2	.885
	Adulto	42	51.21			
	Adulto mayor	52	49.40			

Nota: gl = Grados de libertad

En la tabla 12 se aprecia que la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes fue aplicada para encontrar si hay diferencias significativas en las variables resiliencia y apoyo social percibido según nivel de instrucción. Encontrándose diferencias

altamente significativas ($p < .01$) en la variable Resiliencia según el nivel de instrucción, siendo mayor en el nivel de instrucción superior. En contraste, a nivel de apoyo social percibido no se detectó diferencias significativas.

Tabla 12.

Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si poseen diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según nivel de instrucción (n=100)

Variable	Grupo	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	Gl	Sig. (bilateral)
Resiliencia	Sin nivel	6	26.58	13.834	4	.008**
	Primaria	16	49.28			
	Secundaria	30	41.42			
	Técnico-superior	6	43.58			
	Superior	42	61.86			
Apoyo social percibido	Sin nivel	6	49.17	1.061	4	.900
	Primaria	16	56.16			
	Secundaria	30	51.65			
	Técnico-superior	6	50.58			
	Superior	42	47.70			

Nota: gl = Grados de libertad

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

Según la tabla 13 se aprecia que la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes fue aplicada para encontrar si difieren significativamente las variables resiliencia y apoyo social percibido según el tipo de cáncer. Encontrándose diferencias significativas ($p < .05$) en la variable apoyo social percibido según el tipo de cáncer, siendo mayor en el cáncer de mama. En contraste, en la variable resiliencia no se determinó la presencia de diferencias significativas.

Tabla 13.

Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si hay diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según el tipo de cáncer (n=100)

Variable	Grupo	N	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Sig. (bilateral)
Resiliencia	Ca. mama	31	58.95	4.016	5	.547
	Ca. colon	9	50.11			
	Ca. próstata	8	44.44			
	Ca. útero	7	47.86			
	Ca. gástrico	6	47.00			
	Otros	39	46.13			
Apoyo Social Percibido	Ca. mama	31	59.74	12.713	5	.026*
	Ca. colon	9	39.67			
	Ca. próstata	8	39.56			
	Ca. útero	7	21.93			
	Ca. gástrico	6	49.08			
	Otros	39	53.24			

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

De acuerdo a la tabla 14 se aprecia la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes aplicada para encontrar si poseen diferencias significativas en las variables resiliencia y apoyo social percibido según fecha de diagnóstico. En ambas variables no se obtuvo diferencias significativas.

Tabla 14.

Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si difieren la resiliencia y el apoyo social percibido según fecha de diagnóstico (n=100)

Variable	Grupo	n	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Sig. (bilateral)
Resiliencia	Menos de seis meses	20	40.25	4.271	4	.371
	De seis meses a menos de un año	33	51.97			
	De un año a menos de tres años	23	49.46			
	De tres años a más	10	59.50			
	Con diagnóstico presuntivo	14	56.96			

Apoyo social percibido	Menos de seis meses	20	49.28	1.335	4	.855
	De seis meses a menos de un año	33	50.98			
	De un año a menos de tres años	23	47.35			
	De tres años a más	10	48.05			
	Con diagnóstico presuntivo	14	58.04			

Nota: *gl* = Grados de libertad

Finalmente, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes para encontrar si presentan diferencias significativas en las variables resiliencia y apoyo social percibido según la etapa en el proceso de atención médica. En ambas variables, en la tabla 15, no se detectó diferencias significativas.

Tabla 15.

Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes para estimar si muestran diferencias de resiliencia y apoyo social percibido según la etapa en el proceso de atención médica (n=100)

Variable	Grupo	<i>n</i>	Rango promedio	Chi-cuadrado	<i>gl</i>	Sig. (bilateral)
Resiliencia	Detección precoz y diagnóstico	14	56.96	4.565	3	.207
	Tratamiento	72	46.83			
	Post-tratamiento	13	62.12			
	Cuidados paliativos	1	73.50			
Apoyo Social Percibido	Detección precoz y diagnóstico	14	58.04	5.108	3	.164
	Tratamiento	72	46.97			
	Post-tratamiento	13	63.50			
	Cuidados paliativos	1	30.50			

Nota: *gl* = Grados de libertad

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se analizarán los resultados encontrados en el acápite anterior e interpretarán según el marco teórico previamente estructurado. Teniendo como hipótesis general “la resiliencia y el apoyo social percibido muestran diferencias significativas según el sexo, en pacientes oncológicos de un hospital de Trujillo”. Posteriormente a ello se analizará cada una de las hipótesis específicas.

En primer lugar, la hipótesis general es aceptada. De acuerdo a la tabla 8, se detectó una correlación directa altamente significativa ($rho=.354$; $p<.01$), nivel considerado medio positivo para las ciencias sociales (Cohen 1988; como se citó en Nolan & Heinzen, 2011). Pese a no existir un antecedente que reafirme lo encontrado, se puede señalar que la Resiliencia al ser concebida como un rasgo de personalidad (Wagnild & Young, 1993; como se citó en Shaikh & Kauppi, 2010) se relaciona de forma estrecha con el apoyo social percibido donde el paciente interpreta esta última de manera consistente con sus creencias más profundas (Sarason, Pierce & Sarason, 1990; como se citó en Rodríguez, 2011). El apoyo social percibido es la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar (Caplan, 1974; como se citó en Rodríguez, 2011), es decir, los procesos cognitivos, emocionales y conductuales se relacionan en la forma cómo uno percibe el apoyo social. Un nivel bajo de resiliencia se vincularía con una percepción distorsionada por parte del paciente del apoyo social percibido que se le brinda o ciertamente el apoyo social percibido brindado por el personal sanitario, la familia y amigos sea insuficiente ante las demandas del paciente oncológico; y del mismo, el apoyo social percibido inadecuado o poco efectivo, en sus niveles emocional, afectivo e instrumental (Barrón, 1996; Schaefer et al, 1981; como se citó en Rodríguez, 2011), se asociarían a un bajo nivel en su proceso de adaptarse bien por parte del paciente oncológico a la situación de enfermedad del cáncer y pobres recursos personales para poder aprender y desarrollarse frente a dicha situación (APA, 2010). En sentido opuesto, un nivel elevado de

resiliencia estaría en consonancia con un adecuado, eficiente y eficaz, nivel de apoyo social percibido en sus diferentes niveles (emocional, afectivo e instrumental); así también, niveles adecuados de apoyo social percibido se asociarían a la capacidad que tiene el individuo para superar grandes dificultades y incluso poder salir transformado de su condición de enfermedad (Vanistendael, 2010).

Con respecto a las hipótesis específicas de comparaciones de cada variable de estudio según la variable interviniente. Los resultados hallados en la tabla 10 evidencian un rechazo de la primera hipótesis específica. Esto es, por un lado, que el nivel de resiliencia durante la condición de enfermedad de cáncer resulta ser similar tanto en varones como mujeres; esto se comprende mejor desde el Modelo de metáfora de la casita de Vanistaendael (2005) quien señala que las necesidades físicas básicas son determinantes para el desarrollo de la resiliencia y en el caso de los pacientes con cáncer las afecciones físicas son crónicas, recurrentes y afectan de forma sistemática al individuo (Cruzado, 2010); además, de acuerdo al estudio de Acosta y Sánchez (2009) se destaca que el nivel de resiliencia esta influenciada por la interacción de la parte física y emocional del paciente con enfermedad crónica. De otra parte, no hay diferencias del nivel de apoyo social entre ambos sexos; lo encontrado se entiende mejor desde la Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores, donde el apoyo social actúa en la condición de estrés elevado producida por la enfermedad de cáncer, protegiendo al individuo de los efectos negativos del mismo; coincidiendo ello con Barrón y Sánchez (2001). De igual modo, los factores sociales y culturales influyen sobre el apoyo social (Barrón, 1996; como se citó en Rodríguez, 2011), siendo la muestra predominantemente de la misma ciudad de Trujillo es de comprender que las variaciones encontradas a nivel del apoyo social estén influidas por aspectos culturales caracterizados por una mayor presencia de la familia y amigos.

En relación a la segunda hipótesis específica, de igual modo, es rechazada para ambas variables según el grupo etéreo. Lo cual significa, que el nivel de resiliencia y apoyo social percibido no difieren según los grupos etéreos: adulto joven, adulto y adulto mayor. Ello se sustenta en parte porque las experiencias

físicas y psicológicas afectan de manera significativa cada etapa del ciclo vital, apreciándose en los adultos jóvenes sentimientos de frustración personal; en los adultos principalmente la detención en su vida laboral y familiar producto de la enfermedad; y, para el caso, de los adultos mayores un creciente deterioro de su salud física e inminente sensación de muerte. A su vez, el nivel de resiliencia es alentada por las creencias religiosas que daban un significado personal a su condición de enfermedad, relacionado con el componente satisfacción personal de la resiliencia según Wagnild y Young (1993); al mismo tiempo, se aprecia que el rol de la familia es sumamente importante al proveer del apoyo emocional e informacional al paciente traducido ello en un adecuado apoyo social percibido, lo cual también fue encontrado en un estudio desarrollado por Reyes (2003). Cabe señalar, que en el presente estudio los grupos etéreos no eran homogéneos, existiendo mayor proporción de adultos mayores (ver tabla 4); por ello, las comparaciones no permitieron discriminarlos adecuadamente.

Según el nivel de instrucción se obtuvo diferencias altamente significativas ($p > .01$) a nivel de resiliencia; pero no hallándose diferencias significativas en el apoyo social percibido ($p > .05$). Es decir, se acepta la tercera hipótesis específica, de forma parcial. Esto implica que si bien no hay diferencias sensibles en cuanto al apoyo social percibido en los pacientes con cáncer, hay un mayor nivel resiliencia en aquellos pacientes que alcanzaron un nivel de instrucción Superior. Esto se comprende mejor por lo afirmado por el APA (2010), quien señala que entre los factores asociados a la resiliencia se encuentran las destrezas en la comunicación y en la solución de problemas; siendo estos fomentados, principalmente, en contextos de formación básica regular y que se desarrollan incluso más en un contexto de formación profesional. En parte también, el hecho de alcanzar un nivel de educación superior se asocia con la autorrealización lo cual se vincula de manera directa con la satisfacción personal, componente de la resiliencia (Wagnild & Young, 1993; como se citó en Shaikh & Kauppi, 2010).

La cuarta hipótesis específica es aceptada parcialmente, ya que no se encontró diferencias significativas ($p > .05$) a nivel de la resiliencia según el tipo de

cáncer; mientras que si se halló diferencias significativas ($p < .05$) en la variable apoyo social percibido. Lo cual implica que el tipo de cáncer afecta de manera diferencial en la percepción del apoyo social y, en cierta medida, la familia, amigos y personal sanitario tienen una participación más activa en el tipo de cáncer de mamá y en menor medida a los que padecen de cáncer al útero (ver tabla 14); en general, un alto apoyo social percibido favorece a una mejor aceptación del tratamiento y mayor tasa de supervivencia de la enfermedad crónica (Bisschop et al., 2004; como se citó en Lyons, 2010), en particular, del cáncer. De otra parte, el hecho que el nivel de resiliencia posea leves diferencias no significativas según el tipo de cáncer, permite entender el cáncer desde una visión social resulta ser impactante no solo a un nivel individual; es decir, el cambio de su imagen corporal, su rol social y cambios en su estilo de vida. Todo ello, influye en su proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad; así como, la progresiva transformación de su situación actual en algo más positivo (Vanistendael, 2010).

De acuerdo a la fecha de diagnóstico no se detectaron diferencias significativas ($p > .05$) en las variables resiliencia y apoyo social percibido; por tanto, se rechaza la quinta hipótesis específica. Ambas variables resultan poseer similitudes a lo largo del tiempo; ello podría estar asociado a que los tratamientos toman varios meses y ante la ineffectividad de un tratamiento (por ejemplo, la quimioterapia) se recurre a otro (como la radioterapia). Asimismo, incluso finalizado el tratamiento, el paciente continúa acudiendo a realizar sus controles a fin de evitar la reaparición de alguna neoplasia maligna o cáncer (Cruzado, 2010). Por lo anterior, se desprende que el nivel de resiliencia que el paciente con cáncer logra desarrollar desde el momento de su diagnóstico será decisivo en su aceptación y superación frente a la enfermedad, y, una mejor evolución de su organismo frente a la enfermedad; de igual modo, la percepción del apoyo social resultan sumamente importantes en la mejora de su condición del “yo-cáncer” como sugieren algunos autores (Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2003); siendo la principal fuente de apoyo, la familia de origen (Palomar & Cienfuegos; 2007). En este punto, se destaca una falta de homogeneización de la muestra según la fecha de diagnóstico (ver tabla 8), que pudiera haber influido en el análisis comparativo.

Finalmente, según la etapa en el proceso de atención médica tampoco se detectaron diferencias significativas ($p > .05$) en las variables resiliencia y apoyo social percibido; es decir, se rechazó la sexta hipótesis específica. Lo anterior podría estar asociado a una estandarizada atención médica en cada una de sus etapas, considerando que la muestra proviene de una hospital de EsSalud donde se cumple con todos los procesos de atención médica señalados por Cruzado (2010), además de poseer una infraestructura con espacios adecuadamente distribuidos y oportuno abastecimiento de medicamentos. Considerando la propuesta de Torrico et al. (2002), en psicooncología el entorno hospitalario se halla dentro de Microsistema ya que llega a ser un contexto cotidiano donde el sujeto-paciente interactúa. Por tanto, si las condiciones son favorables permitirán el desarrollo de la resiliencia y un mejor apoyo social percibido; en dicho caso, incrementarían la mejor aceptación de la enfermedad y nuevo estilo de vida; y, proveyendo de adecuadas estrategias en el manejo de eventos estresantes aportados por la familia, amigos y personal sanitario. En contraste, si las condiciones son neutras o desfavorables imposibilitan el desarrollo de la resiliencia y mejora de su apoyo social percibido. Cabe recordar, que la muestra está poco homogenizada según el proceso de atención, existiendo solo un paciente en la etapa de cuidados paliativos (ver tabla 8), afectando sensiblemente las comparaciones para ambas variables de estudio.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Entre las conclusiones más resaltantes del presente estudio, se pueden señalar:

- Hay una correlación directa entre la resiliencia y el apoyo social percibido en los pacientes con cáncer, esto es, a una mayor capacidad de superación de grandes dificultades inclusive transformando la vida del paciente, se asocia una mejor percepción de las provisiones emocionales, afectivas e instrumentales brindadas por la familia, amigos y comunidad.
- El nivel de resiliencia y de apoyo social percibido, durante la condición de enfermedad de cáncer, no poseen diferencias tanto en varones como mujeres.
- El nivel de resiliencia y de apoyo social percibido no difiere según los diferentes grupos etáreos: adulto joven, adulto y adulto mayor.
- Hay diferencias a nivel de la resiliencia a favor de un nivel de formación superior; empero, no se obtuvo diferencias a nivel del apoyo social percibido; en ambas, según nivel de instrucción.
- Difiere el nivel del apoyo social percibido según el tipo de cáncer a favor del cáncer de mama; en contraste, no se halló diferencias en la variable resiliencia en el mismo rubro.
- No poseen diferencias las variables resiliencia y apoyo social percibido según la fecha de diagnóstico.
- A nivel del proceso de atención médica tampoco se detectaron diferencias en las variables resiliencia y apoyo social percibido.

6.2. Recomendaciones

Ante los resultados encontrados en el presente estudio, se señalan a continuación las recomendaciones más relevantes:

- La resiliencia y el apoyo social percibido son factores protectores estrechamente relacionados que favorecen la aceptación y progresiva adaptación positiva de la enfermedad; así como, el soporte a los eventos estresantes que experimenta el paciente con cáncer. En tal sentido, es apropiado sugerir: por un lado, el desarrollo de terapias grupales y, de ser el caso, individuales durante la etapa de detección que permitan al paciente desarrollar habilidades que le faciliten enfrentar la situación de enfermedad o potencial enfermedad; de otro lado, dado el papel relevante de la participación de la familia y amigos cercanos se sugiere desarrollar grupos de ayuda mutua (GAMs), permitiendo a los familiares y amigos contar con nuevas herramientas que fomenten, a su vez, un mejor apoyo emocional, informacional e instrumental al paciente con cáncer.
- Entre los pacientes con un diagnóstico reciente de cáncer, indistintamente del tipo de cáncer, y sus familiares cercanos; es conveniente desarrollar una charla informativa con presencia de un equipo multidisciplinario; el cual informe y absuelva dudas referentes al proceso de intervención que se sigue, los efectos secundarios de los diferentes tratamientos, el tipo de dieta más conveniente y los progresivos cambios en sus estilos de vida que deberán realizar.
- A nivel metodológico, es apropiado reproducir el presente estudio a otros contextos sociales y culturales que permitan la generalización de los resultados. Cabe señalar, que los futuros estudios deben considerar homogeneizar la conformación de la muestra según las variables intervinientes para realizar cálculos estadísticos más precisos.
- Finalmente, es conveniente realizar un estudio cualitativo que profundice las características implicadas en el paciente con diagnóstico de cáncer, facilitando la comprensión de la interrelación entre la resiliencia y el apoyo social percibido.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, I. & Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 17, 24-32.
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. & Enríquez, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9, 69 – 79.
- Alvarado, S., Genovés, S. & Zapata, M. (2009). La psicooncología: Un trabajo transdisciplinario. *Revista de Cancerología*, 4, 47-53.
- American Psychological Association (2010). *El camino a la resiliencia*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx#>
- Andrés, M., Remesal, R. & Torrico, E. (2009). Apoyo social percibido en hombres operados con cáncer de laringe. *Revista de Psicooncología*, 6, 227-241.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8, 254-261.
- Ballano, F. & Estevan, A. (2009). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (2ª Ed.). Madrid: Editex.
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Revista Psicothema*, 13, 17-23.
- Coalición Multisectorial “Perú contra el cáncer” (2006). *proyecto nacional de fortalecimiento de la prevención y control del cáncer*. Recuperado de: <http://www.perucontraelcancer.com/documentos/Plan-Nacional.pdf>
- Nolan, S. & Heinzen, Th. (2011). *Statistics for the behavioral sciences*. USA: Worth Publishers.
- Cruz, L. (2009). *Constructores de la resiliencia: algunas aproximaciones de la resiliencia al pentecostalismo chileno*. Santiago: Ediciones Preliminares CIRE.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.

- Escudero, J. (1998). *Relación entre resiliencia y sentido de vida (religiosidad intrínseca y objetivos vitales) en adolescentes de cuarto y quinto año de educación secundaria* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Fernández, R. (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. Recuperado de: http://antropologia.uab.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2003). *Necesidad y demanda del paciente oncológico*. Recuperado de: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf>
- Garassini, M. (s/f). *Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos*. Recuperado de: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2006.pdf>
- González, N., Valdez, J., Oudhof, H. & González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Revista Ciencia Ergo Sum*, 16, 247-253. México, México.
- Grotberg, E. (1996). *Informes de trabajo sobre el desarrollo de la primera infancia: Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Traducido por Suárez, Consultor Regional de Salud Familiar y Población de la OPS/OMS.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (11ª Ed.). México: McGraw-Hill.
- Hogan, Th. (2004). *Pruebas psicológicas*. México: Manual Moderno.
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, IREN Norte (2011). *Registro hospitalario de cáncer*. Recuperado de: www.irennorte.gob.pe/epidemiologia/pdf/informe4.pdf
- Instituto Nacional de Salud (2011). *Prioridades nacionales de investigación en salud: Agendas temáticas 2010 – 2014*. Recuperado de: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/public_inves/Triptico_resoluciones_CON_CAMBIOS_FINALES.pdf
- Kerlinger, Fr. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ª Ed.). México: McGraw-Hill.
- Lyons, S. (2010). *The role of social support and psychological resources in depression in people living with HIV/AIDS: Examining the mediating role of*

mastery and self-esteem. Recuperado de:
https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24230/6/Lyons_Sarah_J_201003_MA_thesis.pdf

López, M. & Chacón, F. (1999). *Intervención psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo*. España: Editorial Síntesis.

Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Melillo, A. & Suarez, E. (2002). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

Ministerio de Salud (2010). *El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo.* Recuperado de:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/datos.asp>

Organización Mundial de la Salud (2011). *Cáncer*. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2010). *ODM 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.* Recuperado de:
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/es/index.html

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Programa de cáncer*. Recuperado de:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1866&Itemid=3904

Palomar, J. & Cienfuegos, Y. (2007). Apoyo social y pobreza: Un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 177-188.

Panez, R., Silva, G. & Silva, N. (2000). *Resiliencia en el ande*. Lima: P & S Ediciones.

Reyes, A. (2003). *Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica de hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003* (Tesis de maestría). Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.

Rodríguez, J. & Neipp, M. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*, 11, 24-29.
- Rodríguez, S. (2011). Adaptación a niños del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Revista Liberabit*, 17, 17-128.
- Rodríguez, S. & Enrique, H. (2007). Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Revista Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 155-168.
- Shaikh, A. & Kauppi, C. (2010). Deconstructing resilience: Myriad conceptualizations and interpretations. *International Journal of Arts and Sciences*, 3, 155-176.
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). *The MOS social support survey*. Recuperado de: <http://cmcd.sph.umich.edu/assets/files/Repository/Women%20Take%20Pride/The%20MOS%20Social%20Support%20Survey.pdf>
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Torrice, E., Santin, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicooncología*, 18, 45-59.
- Vinaccia, S., Quinceno, J., Fernández, H., Contreras, Fr., Bedoya, M., Tobón, S. & Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Revista de Psicología y Salud*, 15, 207-220.
- Vanistendael, S. (2010). *Derechos del niño y resiliencia*. Bruselas: Cuadernos de la BICE.
- Wagnild, G. (2009). *Resilience scale user's guide*. Worden, MT: The Resilience Center.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de datos

I. Datos personales

Edad: Sexo:

Lugar de procedencia: Grado de Instrucción:

Con quién(es) vive(s):

II. Datos sobre enfermedad

Diagnóstico de Cáncer: Fecha de Diagnóstico:

Etapa en el proceso de atención médica:.....

Anexo 2: Escala de Resiliencia

Instrucciones

A continuación se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo(a).

		Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy de desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.	Cuando planeo algo lo realizo							
2.	Generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3.	Dependo más de mi mismo(a) que de otras personas							
4.	Es importante para mi mantenerme interesado(a) en las cosas							
5.	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo							
6.	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas al mismo tiempo							
7.	Usualmente ver las cosas a largo plazo							
8.	Soy amigo(a) de mi mismo(a)							
9.	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10.	Soy decidido(a)							
11.	Rara vez me pregunto cual es la finalidad de todo							
12.	Tomo las cosas uno por uno							
13.	Puedo enfrentar las dificultades porque los he experimentado anteriormente							
14.	Tengo auto disciplina							
15.	Me mantengo interesado(a) en las cosas							
16.	Por lo general encuentro algo de que reírme							
17.	El creer en mi mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.							
18.	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19.	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20.	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera							
21.	Mi vida tiene significado							
22.	No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada							

23.	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24.	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25.	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado							

Anexo 3: Cuestionario MOS

A. Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómodo contigo y puedes hablar acerca de lo que tu sientes y piensas)

1 Escriba el número aproximado de amigos cercanos y familiares cercanos:

B. Marca con una X en el cuadrito que mejor se acerque a su respuesta

Nunca
Casi
Nunca
Aveces
Casi
Siempre
Siempre

2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	N	CN	AV	CS	S
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	N	CN	AV	CS	S
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	N	CN	AV	CS	S
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	N	CN	AV	CS	S
6	Alguien que le muestre amor y afecto	N	CN	AV	CS	S
7	Alguien con quien pasar un buen rato	N	CN	AV	CS	S
8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación	N	CN	AV	CS	S
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	N	CN	AV	CS	S
10	Alguien que le abrace	N	CN	AV	CS	S
11	Alguien con quien pueda relajarse	N	CN	AV	CS	S
12	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	N	CN	AV	CS	S
13	Alguien cuyo consejo realmente desee	N	CN	AV	CS	S
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas	N	CN	AV	CS	S
15	Alguien que le ayude con las tareas domésticas	N	CN	AV	CS	S
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos	N	CN	AV	CS	S
17	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	N	CN	AV	CS	S
18	Alguien con quien divertirse	N	CN	AV	CS	S
19	Alguien que comprenda sus problemas	N	CN	AV	CS	S
20	Alguien a quien amar y sentiré querido	N	CN	AV	CS	S

Anexo 4: Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como del rol en ella de la persona que padece cáncer.

La presente investigación es conducida por el Ps. Deyvi Baca Romero, maestriza de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El objetivo de este estudio es establecer la relación entre la Resiliencia y el Apoyo Social Percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer que acuden a un Hospital de Trujillo.

Si usted participa en este estudio, se le pedirá responder a algunas preguntas de una ficha de datos y a dos pruebas psicológicas. Esto tomará, en conjunto, aproximadamente 30 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la ficha y los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las fichas y pruebas estas serán recicladas.

Si tiene usted alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la sesión le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ps. Deyvi Baca Romero. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es establecer la relación entre la Resiliencia y el Apoyo Social Percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer que acuden a un Hospital de Trujillo.

Me han indicado también que tendré que responder a una ficha y dos pruebas psicológicas serán, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Ps. Deyvi Baca Romero mediante del siguiente número telefónico 991749123.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Ps. Deyvi Baca Romero al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante	Firma
Nombre del Investigador	Firma

Fecha:...../...../.....

Anexo 5: Confiabilidad de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptado al Perú por Novella (2003)

Tabla 16.

Correlaciones ítem-test de la Escala de Resiliencia en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

		Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	Cuando planeo algo lo realizo	.530	.804
Ítem 2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra	.418	.807
Ítem 3	Dependo más de mi mismo(a) que de otras personas	.546	.801
Ítem 4	Es importante para mi mantenerme interesado(a) en las cosas	.546	.803
Ítem 5	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo	.535	.801
Ítem 6	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas al mismo tiempo	.532	.803
Ítem 7	Usualmente ver las cosas a largo plazo	.481	.804
Ítem 8	Soy amigo(a) de mi mismo(a)	.606	.801
Ítem 9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	.485	.802
Ítem 10	Soy decidido(a)	.546	.803
Ítem 11	Rara vez me pregunto cual es la finalidad de todo	.322	.810
Ítem 12	Tomo las cosas uno por uno	.325	.810
Ítem 13	Puedo enfrentar las dificultades porque los he experimentado anteriormente	.115	.819
Ítem 14	Tengo auto disciplina	.415	.808
Ítem 15	Me mantengo interesado(a) en las cosas	.604	.800
Ítem 16	Por lo general encuentro algo de que reírme	.572	.801
Ítem 17	El creer en mi mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.	.298	.811
Ítem 18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	.555	.804
Ítem 19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	.454	.806
Ítem 20	Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	.076	.819
Ítem 21	Mi vida tiene significado	.618	.799
Ítem 22	No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada	.185	.815
Ítem 23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	.578	.803
Ítem 24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que	.583	.799

	debo hacer		
Ítem 25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	.290	.811

Anexo 6: Confiabilidad del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007)

Tabla 17.

Correlaciones ítem-test de la Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en pacientes oncológicos de un Hospital de Trujillo (n=100)

		Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	.438	.935
Ítem 3	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	.680	.930
Ítem 4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	.565	.933
Ítem 5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	.476	.934
Ítem 6	Alguien que le muestre amor y afecto	.677	.930
Ítem 7	Alguien con quien pasar un buen rato	.595	.932
Ítem 8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación	.718	.929
Ítem 9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	.673	.930
Ítem 10	Alguien que le abrace	.707	.930
Ítem 11	Alguien con quien pueda relajarse	.682	.930
Ítem 12	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	.576	.932
Ítem 13	Alguien cuyo consejo realmente desee	.756	.929
Ítem 14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas	.668	.930
Ítem 15	Alguien que le ayude con las tareas domésticas	.520	.933
Ítem 16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos	.550	.933
Ítem 17	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	.694	.930

Ítem 18	Alguien con quien divertirse	.716	.930
Ítem 19	Alguien que comprenda sus problemas	.733	.929
Ítem 20	Alguien a quien amar y sentiré querido	.634	.931
