



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD Y SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE
MAMA**

Tesis para optar el título de licenciada en Psicología, con mención
en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

JUDITH TORRES COX

Mg. MÓNICA CASSARETTO BARDALES

Asesora

LIMA, 2011

RESUMEN

Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama

En el tratamiento del cáncer de mama no sólo es importante alargar el tiempo de vida de los pacientes sino también mejorar su calidad de vida. Se ha encontrado que niveles adecuados de calidad de vida están relacionados con diferentes factores, uno de los cuales es el soporte social. Por esta razón, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo principal analizar la relación entre las dimensiones de calidad de vida y el soporte social instrumental, emocional y de acompañamiento social en un grupo de 58 mujeres adultas con cáncer de mama que reciben su tratamiento en una institución especializada en el tratamiento del cáncer. Para esto se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y los Cuestionarios de Transacciones de Soporte Social (CTSS) y Satisfacción de Soporte Social (CSSS). Como resultado, se encontró una relación positiva entre la satisfacción con el soporte recibido y dimensiones físicas de la calidad de vida ($p=0.31$), una relación positiva entre el soporte emocional y la salud mental ($p=0.33$) y una relación positiva entre el soporte instrumental diario que recibe la paciente y su nivel de energía ($p=0.36$). Comprobándose la idea de que existe una relación entre algunas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos tipos de soporte social.

Palabras clave: Calidad de vida, Soporte social y Cáncer de mama.

ABSTRACT

Relationship between health related quality of life and social support among breast cancer patients

In the treatment of breast cancer, it is not only important to lengthen a patient's life time but also to improve his quality of life. Studies have shown that the levels of quality of life are related to different factors, one of which is social support. That is why the main objective of this research is the analysis of the relationships between the dimensions of a patient's quality of life, and three types of social support: instrumental, emotional and social companionship, in a group of grown 58 women who suffer from breast cancer and receive their treatment in a specialized institution. The instruments used in the research were the Health Survey Questionnaire (SF-36) and the Social Support Questionnaire for Transaction (SSQT) and the Questionnaire for Satisfaction with the Provided Supportive Transactions (SSQS). As a result we found a positive relation between the satisfaction with the received support and the physical dimensions of quality of live ($p=0.31$), a positive relation between emotional support and the mental health ($p=0.33$) and between the instrumental daily support and the energy level of the patient ($p=0.36$).

Key words: Quality of life, Social support, Breast cancer

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama	01
Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama	01
Soporte social en pacientes con cáncer de mama	06
Planteamiento del problema	12
CAPÍTULO II: Método	15
Participantes	15
Medición	17
Procedimiento	24
CAPÍTULO III: Resultados	26
Calidad de Vida	26
Soporte Social	32
Relación entre calidad de vida y soporte social	37
CAPÍTULO IV: Discusión	39
Conclusiones	52
Limitaciones del estudio y recomendaciones	53
REFERENCIAS	54
ANEXOS	
Anexo A. Instrumentos	
A1. Consentimiento Informado	
A2. Ficha Demográfica	
A3. Cuestionario de Transacciones de Soporte Social (CTSS) y Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social (CSSS).	
Anexo B. Análisis Estadístico	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera a la salud como un estado de bienestar tanto físico, como psicológico y social (OMS, 1948). Esta definición supone una valorización del bienestar sobre el tiempo de vida. Por tal razón, cada vez con más frecuencia, los tratamientos médicos de las enfermedades crónicas no sólo apuntan a restablecer la salud del cuerpo sino también a mantener el equilibrio psicosocial del paciente (Oblitas, 2004).

Una de estas enfermedades crónicas es el cáncer, el cual agrupa a diferentes enfermedades que se caracterizan por el crecimiento descontrolado de células defectuosas (American Cancer Society, 2009). Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, INEN, (2006), el cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer que tiene mayor prevalencia entre las mujeres de nuestro país, siendo esta neoplasia maligna la segunda más frecuente en mujeres que se encuentran entre los 30 y 84 años de edad.

A pesar de los crecientes avances y éxitos en su tratamiento, el cáncer de mama sigue siendo una enfermedad que implica una importante amenaza a la vida y al bienestar de quien lo padece (Cruzado, 2009; Cubreros, 2006). Con los tratamientos se logra, en muchos casos controlar la enfermedad aumentando la esperanza de vida de las mujeres. Sin embargo, estos suelen ser tan invasivos que afectan directamente la salud de la paciente, conllevando efectos secundarios muy desagradables en la vida de las mujeres durante y después del tratamiento (Cubreros, 2006; Rodríguez, García & Terol 2009).

Este impacto negativo que tiene la enfermedad en la calidad de vida de las pacientes se ve amortiguado, por las diferentes herramientas que su psiquismo logra desarrollar y por los diferentes recursos psicosociales con los que cuenta y pone en práctica con el objetivo de lograr adaptarse a la enfermedad. A lo largo de este proceso de adaptación, todos estos recursos se van transformando a la par que se transforma la vivencia que la paciente tiene de su propia enfermedad (Cantú et al., 2009).

Uno de los recursos con los que cuentan las mujeres para afrontar el proceso de enfermedad es el soporte social. Se ha encontrado que existe una relación positiva y significativa entre el soporte social y los indicadores de buena salud en los pacientes con cáncer, así como con la calidad de vida relacionada con la salud y las funciones inmunológicas del cuerpo (Arora, Finney, Gustafson & Hawkins, 2007). Así, un entorno psicosocial funcional puede influir positivamente en el paciente oncológico facilitando

el desarrollo de una serie de recursos en los planos cognitivos, afectivos y comportamentales. Éstos, a su vez, actuarían como atenuadores del impacto del estrés producido por la enfermedad tienen en el paciente (Alarcón, 2006). Los pacientes que reciben una cantidad adecuada de soporte social pueden tener mayores facilidades de acceso a los servicios de salud, pudiendo recibir ayuda en los aspectos prácticos del tratamiento, tales como transporte, establecimiento de citas médicas y adquisición de medicamentos (Alarcón, 2006).

A partir de las investigaciones mencionadas, se esperara que haya una relación positiva y significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y el soporte social en las pacientes con cáncer de mama. Si bien en nuestro medio hay investigaciones realizadas con dichas variables como la llevada a cabo por Paredes (2003), el análisis que se realiza es sólo a nivel descriptivo. Por esta razón, se considera que la presente investigación no sólo servirá para dar luces sobre la forma en que ambas variables se presentan en las mujeres peruanas sino también para analizar y describir las características de su interacción.

CAPITULO I

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama

Se considera cáncer de mama a todo tumor formado por la reproducción de células defectuosas que proliferan de forma rápida y descontrolada dentro de los tejidos que conforman el seno (American Cancer Society, 2009; Cantú & Álvarez, 2009; Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Taylor, 2007). Según la gravedad y el avance de la enfermedad, el progreso del cáncer es dividido en cuatro estadios que son determinados a la hora que el cáncer es diagnosticado en función al tamaño del tumor y a la extensión de los tejidos afectados. A pesar de que hay diversos tratamientos para combatir el cáncer, cuando este está en uno de los últimos estadios se considera incurable (American Joint Committee, 2009; Instituto Nacional del Cáncer, 2009; Simon y Zieve, 2009).

Los tratamientos más utilizados para tratar este tipo de cáncer son la radioterapia, la terapia hormonal, la quimioterapia y la cirugía. Para cada caso particular se elige utilizar un solo procedimiento o la combinación de dos o más de ellos dependiendo de la edad del paciente, el tipo de cáncer, su estadio y si el tumor reacciona o no positivamente a las hormonas (Simon et al., 2009).

Entre todos estos tratamientos, el que se utiliza indefectiblemente, en casi todos los casos de cáncer de mama, es la cirugía, la cual consiste en la extracción total del tumor junto con el tejido mamario circundante o los ganglios linfáticos axilares, si estos estuvieran afectados. Además del gran impacto físico y psíquico que implica este procedimiento, las pacientes suelen experimentar adormecimiento del brazo, cosquilleos y dificultad para estirar completamente el brazo, los cuales pueden durar por meses o años luego de la operación (Haber, 2000; Simon et al., 2009).

Los otros tres tratamientos suelen utilizarse antes de una cirugía para reducir el tamaño del tumor o después de esta con el fin de destruir las células cancerígenas que puedan haber quedado (American Cancer Society, 2010; Simon et al., 2009). Entre las opciones de tratamiento restantes, la terapia hormonal es el tratamiento más tolerable pues tiene menos efectos secundarios y suele producir bochornos, sequedad vaginal y pérdida de la libido causando así disfunciones sexuales en la mujer (American Cancer Society, 2010; Haber, 2000; Zanapalıoğlu, Atahan, Gür, Çökmez, & Tarcan, 2009).

En el caso de que el tumor no reaccione a las hormonas, se suele utilizar la radioterapia que no es dolorosa. Sin embargo, su efecto secundario más común son la fatiga y quemaduras o laceraciones en la piel, los cuales, producen cambios la coloración y textura de la piel irradiada. Las pacientes también suelen presentar náuseas, pérdida de apetito así como complicaciones personales por la duración, el costo y la poca disponibilidad del tratamiento. A largo plazo, la exposición a la radiación puede incrementar el riesgo de padecer alguna enfermedad cardíaca, pulmonar o incluso el desarrollo de otro tipo de cáncer (Haber, 2000; Simon et al., 2009).

En caso de que el tumor sea demasiado grande para ser tratado con un tratamiento local como la radioterapia o la cirugía y no sea sensible a las hormonas, se utiliza la quimioterapia para poder reducir su tamaño. Esta también suele ser utilizada para combatir el cáncer cuando ha hecho metástasis, no para curar sino como tratamiento paliativo (American Cancer Society, 2010). La quimioterapia funciona interfiriendo la reproducción celular, logrando así que el número de células cancerígenas sea disminuido paulatinamente. Sin embargo, la quimioterapia no es selectiva con las células que destruye y elimina todas aquellas que se dividen rápidamente. Es por esto que, afecta también a las células sanas de rápido crecimiento como las que se forman en la médula ósea, las del tracto digestivo, las del aparato reproductor y la de los folículos pilosos (Cubrerros, 2006; Haber, 2000; Simon et al., 2009). Los efectos secundarios de este tratamiento son numerosos, pudiendo causar náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, cansancio y fatiga, cambios en el estado de ánimo, caída total o parcial del cabello y sequedad vaginal. También puede producir anemia, daños al hígado y al riñón, reducción de los glóbulos blancos en la sangre volviendo más propensas a las personas a contraer infecciones, reducción de plaquetas evitando que la sangre se coagule con facilidad, alteraciones en el ciclo menstrual e infertilidad, disfunciones sexuales y problemas cardíacos (Cubrerros, 2006; Gaviria, et al., 2007; Haber, 2000; Simon et al., 2009).

Con el paso del tiempo, muchos de los efectos secundarios mencionados suelen desaparecer gradualmente, sin embargo, algunos pueden persistir, como la fatiga, el dolor, síntomas de menopausia como bochornos, molestias en el seno, debilidad muscular y problemas de sueño (American Cancer Society, 2010; Cubrerros, 2006; Janz et al., 2007; Simon et al., 2009). Cuando estos síntomas se tornan crónicos, pueden llegar a interferir con las actividades cotidianas de las mujeres, lo cual está asociado con mayores niveles de depresión, dolor y alteraciones en el sueño (Cubrerros, 2006; Janz et al., 2007). Todo lo mencionado dificulta que las pacientes

puedan reasumir sus tareas y responsabilidades cotidianas a medida que pasa el tiempo luego del diagnóstico de la enfermedad.

Debido a la gran cantidad de efectos secundarios que producen los tratamientos del cáncer, en los últimos años se han producido una serie de avances en el campo de la medicina orientados al desarrollo de nuevos exámenes y tratamientos con el fin de obtener un diagnóstico temprano de la enfermedad y de aumentar el índice de supervivencia a la misma. Sin embargo, este aumento en los años de vida viene a su vez con un reto para las sobrevivientes el cual consiste en aprender a vivir con los diferentes efectos secundarios del tratamiento (Morrow et al., 2009; Zanapalioğlu et al., 2009), ya que si bien potencialmente todos los cánceres son tratables, su tratamiento es tan invasivo que afecta diferentes áreas de la vida de la paciente teniendo un impacto negativo en su calidad de vida tanto durante como después del tratamiento (Rodríguez, García, & Terol, 2009).

Al hablar de calidad de vida se hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva que hace una persona acerca de su salud, alimentación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio, entre otros; en este sentido, la calidad de vida puede ser entendida, como una medida multidimensional que determina el bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Oblitas, 2004)

Así, la calidad de vida es el resultado de la evaluación e interpretación que uno hace de su estado físico, social, funcional y psicológico. Es por esto que, si bien se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la sensación de bienestar subjetivo de cada persona (Oblitas, 2004; Terol et al., 2000; Zanapalioğlu et al., 2009). Una buena calidad de vida se refiere principalmente a la satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social (Cubrerros, 2006; Schwartzmann, 2003).

En las personas que sufren alguna enfermedad, se encuentra un quiebre importante en una de las dimensiones que conforman la calidad de vida, que es la pérdida de la salud. Aquellas personas que sufren una enfermedad crónica, tienen que lidiar con un gran número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de su afección. A esta dificultad, se le suman las consecuencias de los tratamientos que obligan a que se dé un cambio sustancial en el estilo de vida de los pacientes a nivel afectivo, conductual, social y de pensamiento (Oblitas, 2004). Es por esto que en el caso de las personas que sufren de una enfermedad crónica más que hacer referencia a la calidad de vida se prefiere el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La CVRS puede ser entendida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. Esta abarca los

síntomas y quejas subjetivas, el funcionamiento fisiológico, psicológico, físico, social y el cognitivo, así como la valoración general que el individuo hace sobre su salud teniendo en cuenta su idiosincrasia, su cultura y los cambios que la vivencia de la enfermedad puedan producir en su sistema de valores, creencias y expectativas (Gotay, 2009; Oblitas 2004; Schwartzmann, 2003; Vinaccia et al., 2005a).

La CVRS en pacientes oncológicos puede ser concebida como la forma en que los pacientes perciben que su enfermedad, tratamiento y efectos secundarios afectan su nivel de bienestar general, satisfacción vital y la evaluación general que ellos hacen sobre su propia vida. Para realizar esta evaluación se sopesa la manera en la cual se ve comprometido el nivel de funcionalidad del paciente a la hora de realizar sus actividades diarias a partir de la enfermedad y su tratamiento (Rodríguez et al., 2009; Schwartzmann, 2003; Taylor, 2007). La esencia de este concepto está en reconocer que la subjetividad del paciente influye sobre la valoración que hace de su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual (Schwartzmann, 2003). Es así que, se puede encontrar a personas que tienen un estado de salud algo deteriorado y hacen una valoración positiva de su calidad de vida debido a que se han logrado adaptar a su enfermedad y a las limitaciones causadas por su estado de salud.

El cáncer de mama es una enfermedad que desde su diagnóstico, genera una serie de efectos negativos en las mujeres que lo padecen, afectando no solo su salud física, sino también su salud mental, ya que tanto diagnóstico como su evolución, actúan por sí solos como estresores físicos y psíquicos altamente amenazantes (Cantú et al., 2009; Matthews & Cook, 2009; Pocino et al., 2007). Este estrés inicial, se ve incrementado por los diferentes estresores que las mujeres tienen que afrontar a lo largo del tratamiento como la mutilación de su propio cuerpo, la alteración de su imagen corporal, la ansiedad generada frente a la enfermedad y el tratamiento y el miedo a la muerte. A todo esto se suma la posibilidad de una recaída que se mantiene como una preocupación latente generando angustia en las mujeres luego de haber terminado su tratamiento, (Zanapalioğlu et al., 2009). En respuesta a esto, las reacciones emocionales no adaptativas más frecuentemente reportadas por las mujeres con cáncer de mama son la depresión, la ansiedad y el miedo (Matthews et al., 2009; Oblitas, 2004; Rodríguez et al., 2009).

El efecto que los síntomas emocionales y los síntomas físicos tienen en la vida de las pacientes, puede llegar a ser tan significativos que no solo afecta la salud mental de las mujeres sino también su percepción global de salud. Al respecto, se ha encontrado que mayores síntomas físicos durante el tratamiento estarían relacionados con mayores angustias relacionadas con la enfermedad, pensamientos intrusivos, y

malestar emocional. El malestar emocional, a su vez, está asociado con menores índices de adherencia al tratamiento y baja satisfacción con el cuidado recibido (Matthews et al., 2009). Todos estos factores combinados darían como resultado niveles bajos en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Los efectos secundarios más comunes que afectan la CVRS de las pacientes incluyen dolor, falta de aliento, malestar corporal, náuseas y vómitos (Rodríguez et al., 2009). Si bien, luego de avanzado el tratamiento ellas logran, con ciertas dificultades, satisfacer por sí solas sus necesidades de auto cuidado, presentan serias dificultades a la hora de realizar otro tipo de tareas como cuidar de otros. Así, aquellas mujeres que cumplen el rol de ser cuidadoras de otros, como hijos o padres, tienden a frustrarse con mayor facilidad debido a que no pueden realizar las actividades que antes hacían, lo cual aumenta en ellas el nivel de estrés que sienten (Hirschman & Bourjolly, 2005).

Por su parte, el dolor es el síntoma más insidioso y relevante de la enfermedad, suele aparecer de manera crónica ya que no responde a las medidas convencionales y suele permanecer por tiempo prolongado. Por otro lado, alrededor del 80 % de las mujeres sometidas a quimioterapia experimentan cansancio y fatiga, y casi el 90 % de ellas manifiestan que ese cansancio disminuye su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, incluso más que el mismo dolor (Vinaccia et al., 2005a). Asimismo, la capacidad de las pacientes para interactuar con otras personas y llevar a cabo interacciones funcionales con sus familiares, amigos, colegas, compañeros y vecinos puede verse alterada debido a los efectos secundarios de los tratamientos que alteran la imagen corporal de las pacientes y, a su vez, generan malestar psicológico (Rodríguez et al., 2009).

Es por esto que, tanto el cáncer de mama como su tratamiento pueden afectar la calidad de vida de las pacientes influyendo negativamente, en mayor o menor medida, en las diferentes dimensiones que esta abarca. En el contexto peruano, Paredes (2003) encontró que, a nivel global, las pacientes evaluaban su calidad de vida medianamente perturbada por la enfermedad y su tratamiento. Siete años después Laos (2010) encontró que, a nivel general, que las pacientes mantienen una calidad de vida preservada. Esto nos hace pensar que los tratamientos utilizados para tratar el cáncer se están volviendo menos nocivos para la calidad de vida de las pacientes y que en sus vidas se producen ajustes internos que favorecen la adaptación a la enfermedad, lo cual se refleja en la valoración positiva que hacen de su calidad de vida. Es así que se puede encontrar a personas con grados importantes de limitación física que consideran que su calidad de vida es buena (Schwartzmann, 2003; Zanapalioğlu et al., 2009).

En el proceso de adaptación al cáncer influyen tanto herramientas internas que el psiquismo de la paciente logre desarrollar, como herramientas externas que son los recursos psicosociales con los que cuenta la paciente, entre los cuales está el soporte social (Cubrerros, 2006). Entre estos, los más estudiados están el optimismo, las estrategias de afrontamiento y el soporte social (Matthews et al., 2009). De todos los factores psicosociales, un grado elevado de escolaridad, mayor nivel socioeconómico y el estar afiliada a un seguro, son los factores que se asocian a niveles más elevados de calidad de vida general (Salas & Grisales, 2010). En mujeres peruanas Laos (2010) encontró que el vivir con la familia nuclear (esposo e hijos), tener un mayor grado de instrucción y haber nacido y vivir en Lima, están asociados a una mejor calidad de vida, mientras que Paredes (2003) encontró que las pacientes que tienen mayor tiempo con su enfermedad son quienes tienen su calidad de vida más deteriorada.

Es así que, a medida que la paciente avanza en su proceso de adaptación al cáncer, estos factores psicosociales se van transformando a la par que se transforma la vivencia que la mujer tiene de su enfermedad, logrando que, hacia el final de este proceso, la paciente logre crear nuevas percepciones, estructuras, roles y definiciones de su propia enfermedad las cuales les permiten vivir mejor (Cantú et al., 2009).

Soporte social en pacientes con cáncer de mama

El soporte social se refiere a los vínculos interpersonales que establece una persona y a la percepción que tiene de ser miembro de una red social, la cual le puede proveer información, ayuda material o emocional (Alarcón, 2006; Cohen, 2004; Taylor, 2007). Al hablar de soporte social, se toma en cuenta tanto la cantidad de los lazos que uno establece con los miembros de su red de soporte como la calidad de estas relaciones, el soporte social percibido y recibido, la disponibilidad del soporte y la satisfacción con éste (Matthews et al., 2009).

Según Cohen (2004) el soporte social puede ser descrito en términos de tres tipos de ayuda: instrumental o tangible, emocional e informativa. El soporte instrumental consiste en la provisión de ayuda material, que puede manifestarse en el apoyo para realizar alguna actividad o en la ayuda financiera. El soporte emocional implica la expresión de empatía, cuidado, seguridad y confianza como medio para facilitar la expresión y el desfogue emocional. Y el soporte informativo se refiere a la provisión de información relevante, mediante consejos o guías, con el fin de ayudar a que el individuo pueda superar de forma más saludable los problemas con los que se encuentre. Así, el soporte social, funciona como un recurso que puede tomar muchas

formas y sirve para que el individuo mejore su capacidad para afrontar y solucionar problemas.

En cuanto a los tipos de soporte social, hay algunos autores que consideran a la ayuda informativa dentro del soporte instrumental debido a que sostienen que el brindar alguna información o consejo cumple una función similar a la de brindar ayuda material y, a su vez, incluyen al acompañamiento social como un tipo de soporte social, el cual hace referencia a los lazos de cooperación y ayuda que establece una persona, los cuales le sirven de apoyo a la hora de afrontar una dificultad (Suurmeijer et al., 1995). Dicha clasificación será la utilizada en la presente investigación.

A la hora de evaluar el impacto que tiene el soporte social, se suele tomar en cuenta el nivel de pertenencia que una persona tiene a un grupo en donde se sienta cuidado, estimado, amado y valorado, así como la forma en que aprovecha eficazmente los recursos que el grupo le brinda y el grado de satisfacción que tiene en relación a los cuidados que recibe (Sammarco & Konecny 2010; Cantú et al., 2009). Asimismo, se ha encontrado que el percibir que uno tiene a su disposición relaciones sociales de apoyo está relacionado con menores niveles de malestar emocional y es usualmente descrito como un valioso recurso de afrontamiento (Lepore, Glaser & Roberts, 2008). En algunos casos, la disponibilidad de la ayuda con la que cuenta un individuo puede llegar a ser más importante que la ayuda misma (Hirschman et al., 2005). Si bien sería rico hacer un análisis exhaustivo de las características del soporte social, debido al instrumento elegido, en la presente investigación, solo se tomará en cuenta el soporte social recibido y la satisfacción con el mismo.

En el contexto de una enfermedad crónica, se desencadenan una serie de problemas que influyen en el funcionamiento físico, social y psicológico de la persona, alterando su calidad de vida (Nieto et al., 2004). En estas circunstancias se acrecienta la necesidad de apoyo social, tal como lo encontrado por Paredes (2003) que en pacientes con cáncer de mama, la necesidad de soporte era alta. Así, el soporte social constituye uno de los recursos personales más importantes para manejar de mejor manera los efectos secundarios de la enfermedad y de su tratamiento (Vinaccia et al., 2005a).

El soporte emocional, material o de acompañamiento social que recibe una persona enferma funciona como un recurso que la ayuda a afrontar sus problemas y, a su vez, como un estímulo para que supere las dificultades propias de la enfermedad (Nieto et al., 2004). En estos casos, el soporte social es proveído por las personas y/o instituciones que puedan ofrecer su ayuda y que, a su vez, ejerzan un impacto positivo en la variación del estado de ánimo del paciente y lo ayuden a cambiar aquellas

conductas incorrectas que hacen que se aleje de su tratamiento (Chimpén, Llorca & Díez, 2007).

En pacientes oncológicos, el soporte social es importante ya que se ha demostrado que mejora su adaptación psicológica a la enfermedad ayudándolos a lidiar con los pensamientos negativos y las ideas perniciosas acerca de la misma (Alarcón, 2006; Taylor, 2007). En investigaciones que estudian la relación entre el soporte social y la calidad de vida en mujeres que sufren cáncer de mama, se ha encontrado que el soporte social percibido y contar con una red de soporte amplia está asociado con mayores niveles en su de calidad de vida (Sammarco & Konecny, 2008). Entre los tipos de soporte social, el soporte emocional es el más beneficioso. Se ha encontrado que el brindar información y ayuda para tomar decisiones influye de manera más efectiva en el estado de salud del paciente cuando está acompañado por una adecuada contención emocional (Arora et al, 2007). Asimismo, el funcionamiento emocional de las pacientes mejora a medida que aumenta la efectividad del soporte que reciben es mayor y que mientras la percepción y satisfacción con el soporte son mayores, los síntomas físicos como las nauseas o la falta de apetito disminuyen (Paredes, 2003).

En el periodo cercano al diagnóstico, el soporte que la familia y los amigos brindan a la paciente se centra básicamente en proporcionar ayuda para que ellas puedan tomar decisiones y resolver problemas a la par que ofrecen soporte emocional orientado a reducir el malestar emocional que pudieran sentir. A medida que las mujeres avanzan en su tratamiento, el soporte que reciben de sus familiares o amigos pasa a ser fundamentalmente de tipo emocional (Arora et al. 2007). Durante el periodo de tratamiento y recuperación, no solo tiene una gran importancia que tiene el apoyo efectivo de personas significativas sino también la manera en que la paciente percibe este apoyo y su grado de satisfacción con el mismo (Lim, Yi & Zebrack, 2008).

El tener una relación de apoyo con el esposo, la familia y los amigos constituye un recurso valioso para mejorar el ajuste psicosocial de la mujer con cáncer de mama ya que este tipo de ayuda reduce el desequilibrio que se genera en la vida de las mujeres por la presencia de la enfermedad (Sammarco et al., 2008). La satisfacción y la accesibilidad del soporte familiar y de amigos influyen positivamente en la variación del bienestar social y familiar. Así, las mujeres que reportaron los índices más altos de ajuste a la enfermedad también reportaron menores dificultades con sus parejas y mayores niveles de cohesión familiar (Friedman et al., 2006). Tanto los familiares como los amigos de la paciente, quienes constituyen su red de soporte, tienen un rol diferente en los diferentes momentos de la enfermedad. Mientras que los hombres

suelen proveer con mayor frecuencia ayuda de tipo material o palabras de aliento y optimismo hacia las pacientes, las mujeres son las que se muestran más disponibles emocionalmente (Chantler, Podbilewicz & Mortimer, 2005).

Se ha encontrado que el número de contactos sociales y la satisfacción con los mismos están asociados con niveles bajos de depresión y ansiedad. Así, el soporte social puede llegar a actuar como elemento protector frente a la ansiedad y la depresión que son las reacciones emocionales no adaptativas más frecuentemente reportadas por mujeres con cáncer de mama (Chimpén et al., 2007; Nausheen & Kamal, 2007). A su vez, la falta de soporte social en tiempos de necesidad puede ser muy estresante, especialmente para personas con una alta necesidad de soporte social y con insuficientes oportunidades para obtenerlo (Taylor, 2007). Esta falta de soporte se relaciona con la presencia de un mayor nivel de malestar emocional como resultado del incremento en el afecto depresivo y de las perturbaciones emocionales (Filazoglu & Griva, 2007).

Se sabe que las personas con altos niveles de soporte social experimentan menos estrés cuando afrontan una experiencia potencialmente estresante. Esto se debe a que el soporte social actúa como un elemento que disminuye los efectos que el estrés produce permitiendo que las personas lo puedan afrontar de una forma más efectiva cuando éste se presenta en niveles elevados (Taylor, 2007). Así, el soporte social actúa como un amortiguador y moderador de los efectos del estrés contribuyendo al mantenimiento de una buena salud mental (Matthews et al., 2009; Nieto et al., 2004). De esta manera, el soporte social, favorece el grado de adaptación al estímulo estresante que es el cáncer, alivia el impacto que esta enfermedad tiene en la vida de los pacientes, facilita su integración social, fomenta el bienestar psicológico y disminuye la susceptibilidad a la enfermedad promoviendo conductas saludables, beneficiando así, la salud integral del paciente (Vinaccia et al., 2005a). Asimismo, facilita el desarrollo de una serie de recursos tanto en los planos cognitivos, afectivos como comportamentales (Alarcón, 2006). En esta línea, se encontró que aquellas mujeres que presentan un elevado sentimiento de apoyo y aceptación, es decir, sentimientos y cogniciones asociadas a la percepción de un nivel adecuado de soporte social, son las que poseen estilos de afrontamiento más efectivos para afrontar el estrés producido por la enfermedad (Chimpén et al., 2007).

A su vez, es importante que existan relaciones nuevas, puesto que la supervivencia está vinculada a relaciones cooperativas y satisfactorias hacia la paciente. Si esto sucede, la mujer se sentirá más cómoda y menos constreñida en el ámbito de las relaciones, lo cual permitirá que sea más sincera consigo misma y que exprese sus sentimientos abiertamente y de manera más asertiva. Esto mejoraría su

humor, su autoestima y su sentido de eficacia (Haber, 2000). Se encuentra que es beneficioso que las familias y/o amigos insten a la paciente a que siga con sus relaciones sociales, saliendo como habitualmente lo hacía, y trabajando en la medida de sus posibilidades (Torrico et al., 2002).

Por otro lado, el soporte instrumental o tangible, que generalmente toma la forma de provisión de ayuda física o material, en pacientes con cáncer de mama se manifiesta también en conductas de cuidado personal tales como ayudar a la mujer a bañarse, cuidar a los niños o tomar las notas en la consulta con el doctor cuando ellas no las pueden realizarlas por sí solas. Personas como el esposo, los hijos, otros miembros de la familia y amigos son personas claves en la provisión de este tipo de ayuda. En estos casos, se cree que la disponibilidad del soporte instrumental puede llegar a ser más importante que la ayuda misma. (Hirschman et al., 2005). El soporte instrumental brindado a las mujeres con cáncer de mama por parte de personas significativas como sus familias, ayuda a que la paciente se recupere más rápidamente de la cirugía y de los efectos secundarios producidos por los demás tratamiento, estando vinculado a un mejor ajuste a la enfermedad (Hirschman et al., 2005).

Dependiendo del tipo de soporte social que se le brinde a una paciente, éste puede influenciar positivamente el proceso de adaptación a la enfermedad de diferentes maneras. Por un lado, la provisión de soporte instrumental puede ayudar en el proceso de recuperación física de las pacientes ayudándolas a lidiar con las limitaciones físicas producidas por los tratamientos, mientras que el soporte emocional puede brindar tranquilidad en el proceso de asimilar el malestar emocional producido por el diagnóstico haciendo que las pacientes se sientan amadas y valoradas (Zanapalioglu et al., 2009).

Cuando el soporte social toma la forma de acompañamiento social, tienen un efecto directo sobre la salud proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando la autoestima y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Vinaccia et al., 2005a). En esta línea, se encontró que las pacientes que vivían solas mostraban puntuaciones inferiores en bienestar percibido, en relación con aquellas que vivían con algún pariente (Chimpén et al., 2007).

Las pacientes que están en contacto con un mayor número de personas significativas que las acompañan y estén dispuestas a ayudarlas, tienen más facilidades de acceso a los servicios de salud pudiendo recibir ayuda en los aspectos más prácticos del tratamiento, tales como transporte, establecimiento de citas médicas y adquisición de medicamentos (Alarcón, 2006). A la inversa, el aislamiento y la falta

de soporte junto con la apatía y la tristeza están asociados con una disminución de las células destructoras naturales, con lo cual el pronóstico de la enfermedad no es muy favorable (Haber, 2000).

Por otro lado, el soporte social también puede tener efectos negativos en la calidad de vida de las personas cuando no es provisto de manera adecuada. Esto se da debido a que en el contacto con otros se presentan oportunidades para que se dé un conflicto, intentos fallidos de ayuda y sentimientos de pérdida y soledad. Cuando estos se presentan, las redes sociales actúan como un estresor dando como resultado, pensamientos, afectos y respuestas biológicas negativas (Cohen, 2004).

Estos potenciales problemas con el soporte social son especialmente importantes, porque los aspectos negativos de las relaciones interpersonales provocarían tensión psicológica en los pacientes oncológicos afectando su bienestar (Taylor, 2007). Lo ideal es que la paciente cuente con una red de soporte adecuada y eficiente que le pueda brindar la ayuda que necesite ya que cuando la densidad de la red de apoyo de una paciente con cáncer de mama es muy baja, se reduce la probabilidad de ayuda por la imposibilidad de cotejar impresiones y se produce sobrecarga en los cuidadores. Si la red tiene una densidad muy elevada, tiende a ser menos eficiente por la dispersión de la responsabilidad entre sus miembros pues se consideran menos indispensables (Chimpén et al., 2007). Por esto, cuando el soporte social no se brinda de manera adecuada y eficaz, en vez de servir de ayuda, se convierte en un obstáculo que trae más perjuicios que beneficios.

Finalmente, en diferentes investigaciones se ha reportado que existe una relación positiva y significativa entre el soporte social y los indicadores de buena salud de la calidad de vida relacionada con la salud y las funciones inmunológicas del cuerpo (Arora et al., 2007). Al respecto, Sammarco et al. (2010) menciona que la provisión adecuada de soporte social es muy importante para mantener o incrementar la calidad de vida de las mujeres que sufren cáncer de mama y que existe una relación positiva entre el soporte social percibido y la calidad de vida.

Más aún, en estas pacientes, el soporte social ha resultado estar asociado con una mejora en su bienestar y en el ajuste que tienen al estrés producido por el cáncer (Matthews et al., 2009). En la mayoría de las ocasiones una actitud positiva y relaciones de apoyo de la familia ayudan a superar las repercusiones de la aparición de la enfermedad, en la persona favoreciendo así una mejora en su calidad de vida (Chimpén et al., 2007). Todo esto pone de relieve la importancia del soporte social como un recurso beneficioso para sostener en un nivel aceptable la CVRS en las mujeres con dicha enfermedad (Sammarco et al., 2008).

Planteamiento del problema

Siendo el cáncer de mama una enfermedad que tiene un impacto negativo en la vida de quienes la padecen por su gravedad, lo invasivo de su tratamiento y los numerosos efectos secundarios que estos acarrearán (Rodríguez, et al., 2009), se considera relevante el estudio de los recursos que las pacientes tienen a la mano para hacer frente a tan difícil situación, uno de los cuales es el soporte social.

Existe evidencia de que un adecuado nivel de soporte social influye positivamente en diferentes áreas de la vida de la paciente oncológica facilitando el desarrollo de una serie de recursos tanto en los planos cognitivos, afectivos como comportamentales (Alarcón, 2006). En este sentido, el soporte de los amigos y un decidido apoyo coordinado del entorno social podrían contribuir mejorar la calidad de vida de la paciente (Haber, 2000; Sammarco et al., 2010). Se ha encontrado que el número de contactos sociales y la satisfacción con los mismos tienen una correlación negativa significativa con la depresión y la ansiedad. Así, el soporte social puede llegar a actuar como elemento protector frente estos estados emocionales (Chimpén et al., 2007; Nausheen et al., 2007).

A pesar de que el cáncer de mama es una enfermedad que afecta a muchas mujeres, en el Perú las investigaciones realizadas son limitadas. Paredes (2003) fue la única que realizó una primera aproximación al estudio de ambas variables, encontrando que existe la posibilidad de un fuerte vínculo entre ellas, sugiriendo estudios que las correlacionen. Siguiendo esta sugerencia, la presente investigación intentará dar luces acerca de la manera en que estas dos variables interactúan dentro del contexto peruano. Por tal motivo nos preguntamos:

¿Cuál es la relación entre el soporte social y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama?

A partir de ello, los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

Objetivo General:

Analizar la relación entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud con los tipos de soporte social recibido (emocional, instrumental y de acompañamiento social) en términos del soporte recibido y el grado de satisfacción

con el mismo en un grupo de mujeres adultas con cáncer de mama que reciben su tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

Objetivos Específicos:

Los objetivos específicos planteados para el presente estudio son los siguientes:

1. Describir como se presentan los distintos tipos de soporte social (emocional, instrumental y de acompañamiento social), en términos del soporte recibido y el grado de satisfacción con cada uno de ellos en un grupo de mujeres adultas con cáncer de mama.
2. Describir las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de un grupo de mujeres adultas con cáncer de mama.
3. Analizar los tipos de soporte social (emocional, instrumental y de acompañamiento social), en términos de soporte recibido y el grado de satisfacción con el mismo, en relación con las variables sociodemográficas y de enfermedad, en un grupo de mujeres adultas con cáncer de mama.
4. Analizar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, en relación con las variables sociodemográficas y de enfermedad, en un grupo de mujeres adultas con cáncer de mama.

CAPITULO II

MÉTODO

Participantes

La población está constituida por pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que son atendidas por consulta externa en el INEN. Según los datos estadísticos los casos registrados hasta setiembre del 2008 corresponden a 1 377 (INEN, 2009). Desde finales de septiembre hasta el mes de octubre del 2010 se escogió a 58 mujeres representantes del grupo que cumplieran con los siguientes criterios siguiendo planteamientos de otras investigaciones como los utilizados por Filazoglu et al. (2007).

- Que tengan entre 30 y 65 años: las investigaciones señalan que este tipo de cáncer tiende a desarrollarse entre estas edades, siendo entre 40 a 55 años, el grupo etario en donde existe mayor incidencia.
- Que hayan sido diagnosticadas por primera vez con cáncer de mama.
- Que tengan como mínimo tres meses con la enfermedad y con su tratamiento, y que si han tenido alguna intervención quirúrgica en el seno, que haya pasado como mínimo tres meses de esta. Todo esto con el objetivo de que las participantes hayan tenido tiempo para adaptarse, tanto a una posible reacción emocional intensa frente al diagnóstico de la enfermedad, como a las limitaciones físicas producidas por los efectos secundarios del tratamiento.
- Que asistan al hospital de forma ambulatoria para controles o para recibir algún tratamiento.
- No estar hospitalizada.
- No tener antecedentes psiquiátricos, ni estar sometida a tratamiento psicofarmacológico.
- Que no haya comorbilidad con otras enfermedades crónicas, cuyos síntomas y efectos no puedan ser explicados por el cáncer de mama.

Las mujeres del estudio fueron elegidas en función a un muestreo no probabilístico accidental (Hernández et al. 2006). La elección fue de manera informal y todas las mujeres miembros de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas siempre y cuando se encontraran disponibles y aceptaran voluntariamente ser parte de la investigación firmando para ello un consentimiento informado.

La muestra quedó constituida por 58 pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen entre 31 y 65 años, siendo 50 la edad más frecuente (M=49.88;

DS=8.92). En cuanto a los datos demográficos (ver tabla 1), tenemos que 62% de las participantes nacieron en provincias y 38% en Lima. Sin embargo, se observa que 60% de mujeres actualmente viven en la capital, y tan sólo 40% siguen viviendo en sus lugares de origen.

En cuanto al grado de instrucción se encontró que 12% de ellas tienen escolaridad incompleta y 41% han podido seguir estudios superiores. Al preguntarles sobre su ocupación actual, se halló que las que trabajan fuera de casa (29%) se desempeñaban como, profesoras, administradoras de negocios familiares y secretarías.

Asimismo, se encuentra que 57% de las participantes mantiene una relación de pareja ya sea casada o conviviente, frente a un 43% que son separadas, divorciadas o viudas. En la misma línea, al preguntarles por su composición familiar encontramos que 37% de mujeres viven con sus esposos e hijos y/o nietos, el 24% vive con sus hijos y el 13% con sus esposos. Además, el 12% vive con sus padres e hijos, el 12% con sus padres y/o con sus hermanos y tan solo el 2% de las mujeres viven solas.

Tabla 1. Datos demográficos

<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Estado civil			Lugar de residencia		
Soltera/Separada/Viuda	25	43	Lima	35	60
Casada/Conviviente	33	57	Provincia	23	40
Grado de instrucción			Lugar de nacimiento		
Primaria	7	12	Lima	22	38
Secundaria	27	47	Provincia	36	62
Superior	24	41			
Vive con			Edad		
Sola	1	2	31 – 40	9	16
Esposo	8	14	41 – 50	21	36
Hijos	14	24	51 – 60	21	36
Padres e hijos	5	9	61 – 65	7	12
Padres y/o hermanos	9	15			
Esposos, hijos y/o nietos	21	36	Ocupación		
			Su casa	41	71
			Trabaja	17	29

N = 58

En términos de la enfermedad (ver tabla 2), la mitad de mujeres de la muestra (50%) tienen entre 3 meses y un año con la enfermedad. De la mitad restante, el 38% de ellas tienen entre 2 y 10 años con la enfermedad y el 12% lleva enferma entre 12 y 20 años. El cáncer del 40% de las participantes se encuentra en el estadio II, mientras

que la enfermedad del 38% de ellas se encuentra en el III. El 40% de las mujeres tiene antecedentes de cáncer en la familia.

Con respecto a los tratamientos, se puede observar que solo el 19% de las participantes no han sido sometidas a una intervención quirúrgica. El 40% de las participantes tuvo una intervención quirúrgica en el seno hace menos de un año y el resto de mujeres del grupo (41%) tuvo su cirugía hace más de un año. Al momento de la aplicación el 69% de las participantes había llevado más de un tratamiento. Sin tomar en cuenta la cirugía, se encontró que el 31% de las mujeres habían recibido quimioterapia y la misma cantidad (31%) había recibido quimioterapia más otro tratamiento (radioterapia u hormonoterapia) y tan solo el 5% de las mujeres recibió los tres tratamientos con o sin cirugía. Finalmente, 23% de las participantes recibió como único tratamiento una cirugía.

Tabla 2. Datos de la enfermedad

<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Tipo de tratamiento			Antecedente de cáncer		
Solo cirugía	13	23	Si	23	40
Quimioterapia con o sin cirugía	18	31	No	35	60
Radioterapia u Hormonoterapia con o sin cirugía	6	10	Tiempo de Cirugía		
Quimioterapia y Radioterapia u Hormonoterapia, con o sin cirugía	18	31	No	11	19
Quimioterapia, Radioterapia y Hormonoterapia con o sin cirugía	3	5	3 meses - 1 año	23	40
Tiempo de enfermedad			Más de 1 año	24	41
3 meses - 1 año	29	50	Estadio de la enfermedad		
De 2 - 10 años	22	38	I	13	22
De 12 - 20 años	7	12	II	23	40
			III	22	38
			Cantidad de Tratamientos		
			Uno	18	31
			Dos o más	40	69

N = 58

Medición

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son 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).

Con los instrumentos ya mencionados, se aplicó una ficha sociodemográfica creada para el estudio. La ficha de datos construida, está destinada a recoger aquellos datos que han sido identificados dentro de la literatura como factores relevantes para el estudio del soporte social y la CVRS en pacientes con cáncer de mama.

Esta ficha se divide en dos partes: En la primera, se recogen datos personales de la paciente, como edad, estado civil, lugar de residencia, educación, ocupación, entre otros. En la segunda, se recogen datos sobre la enfermedad y el tratamiento como estadio de su enfermedad, tratamientos que ha seguido, las fechas en que estos fueron recibidos, entre otros (Ver Anexo B).

Medición de calidad de vida relacionada con la salud: SF-36 (Health Survey)

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y Sherbourne (1992), en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica, psicométricamente sólida, que proporciona un perfil del estado de salud, en términos positivos y negativos, y es aplicable tanto a los pacientes como a la población adulta general. Permite comparar el impacto de diversas enfermedades, detecta los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos y valora el estado de salud de pacientes individuales en términos de su funcionamiento físico y psicológico (Vilagut et al., 2005).

Ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA). Su adaptación al español siguió el mismo protocolo utilizado por los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción y retro traducción de la versión original. Luego de su traducción, Alonso, Prieto y Antó (1995) realizaron estudios pilotos con la prueba.

El SF-36 es un instrumento auto aplicado que contiene 36 preguntas con una escala tipo Likert de cinco puntos. Este evalúa la calidad de vida a través de las siguientes dimensiones: Funcionamiento Físico (grado en que la salud limita las actividades físicas relacionadas con el autocuidado), Rol Físico (grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades cotidianas), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento), Funcionamiento Social (grado en que el estado de salud física o emocional interfieren en la vida social), Rol Emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias), Salud

Mental (mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional) y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados, utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario, en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)

Ware y colaboradores (1993) propusieron agrupar estas ocho dimensiones en dos dimensiones de segundo orden que conforman el Componente Emocional y el Componente Físico. Los indicadores del Componente Físico se obtienen a partir de los puntajes obtenidos en las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol Físico, Dolor Corporal y Salud General. Los indicadores del Componente Emocional, a partir de los puntajes obtenidos en las dimensiones de Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental. Esta agrupación por componentes ha sido utilizada en diversas investigaciones. En varias investigaciones realizadas con la prueba (Paredes, 2007; Laos, 2010) se utiliza la división por quintiles, en donde un puntaje de 0-19 es considerado como una calidad de vida *Muy Baja*, un puntaje de 20 a 39 como *Relativamente Baja*, un puntaje de 40 a 50 como *Promedio*, un puntaje de 60 a 79 como *Relativamente Alta* y por último un puntaje de 80-100 como *Muy Alta*.

En cuanto a los valores psicométricos de la versión española, Vilagut et al. (2005), encontraron que el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach supera el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach = 0.7) en todas las escalas, excepto en la Funcionamiento Social. Las escalas Rol físico, Funcionamiento Físico y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0.90. Realizando un análisis factorial de componentes principales sobre una muestra de 9 151 individuos de la población general se pudo comprobar la hipótesis previa de 2 factores, las cuales corresponden al Componente Físico y Componente Emocional. Tal y como se esperaba, las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol físico y Dolor corporal tuvieron correlaciones más elevadas con el Componente Físico (≥ 0.74), y las dimensiones Salud mental, Rol emocional y Funcionamiento Social se correlacionaron más con el Componente Emocional ($r \geq 0.62$). Las escalas Salud general y Vitalidad mostraron correlaciones significativas con ambos componentes principales. Asimismo, se evaluó la validez de constructo de la prueba al ser aplicada en poblaciones que sufren alguna enfermedad encontrándose diferencias significativas respecto a la calidad de vida según las características y gravedad de la enfermedad.

El SF-36 ha demostrado ser una prueba confiable y válida en diferentes grupos demográficos y de pacientes. Esta prueba tiene diferentes versiones según el país en donde es aplicada, las últimas investigaciones realizadas con sus distintas versiones indican que la prueba es psicométricamente sólida. Tal como sucede con la versión turca utilizada por Filazoglu et al. (2007), la versión germana utilizada por Bergelt, Koch y Petersen (2008) y la versión americana utilizada por Kendall et al. (2005). En todas las investigaciones mencionadas, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor de 0.7 en todas las dimensiones.

En el ámbito latinoamericano se ha utilizado el SF-36 de forma exitosa en países como Colombia (Lugo, García y Gómez, 2006; Contreras et al., 2006), México (Zúñiga et al., 1999) y Venezuela (Mendoza, 2007) para realizar diversas investigaciones en donde se hace una valoración de la calidad de vida.

En nuestro medio Salas (2009) utilizó la versión española 1.4 del cuestionario en pacientes con dolor crónico y Laos (2010) la utilizó en pacientes con cáncer de mama. En esas investigaciones las diferentes dimensiones de la versión española de la prueba alcanzaron índices adecuados de confiabilidad. Esta es la versión que va a ser la utilizada en la presente investigación. Para asegurar que las personas puedan entender con facilidad los ítems de la prueba, se tomarán en cuenta los cambios propuestos por Laos (2010), quien revisó la prueba antes de aplicarla para que los enunciados mantengan concordancia con el español hablado en el Perú.

Por último, al realizar la aplicación del instrumento en nuestra muestra se obtuvo un coeficiente de consistencia interna; Alfa de Cronbach, de 0.79. Al hacer el análisis de confiabilidad por cada dimensión, se encontró que el valor de los coeficientes varía entre 0.75 y 0.82.

Medición del soporte social

Para medir el soporte social se utilizó el Cuestionario de Transacciones de Soporte Social junto con el Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social, ambos desarrollados por Suumeijer, et al. (1995) como parte de una investigación europea sobre enfermedades incapacitantes y el soporte social. A partir de esta investigación, se sugiere la utilización de ambas pruebas combinadas para poder evaluar de forma más global el soporte social en términos del soporte social recibido y la satisfacción que un siente con el mismo. Ambas pruebas han recibido un estudio de validación a nuestro medio realizado por Gargurevich, Chaparro & Luyten (2007)

Cuestionario de Transacciones de Soporte Social (CTSS)

Este cuestionario se utiliza para describir tres tipos de soporte social que recibe una persona: soporte instrumental, que se refiere a la ayuda material que se le brinda a una persona; soporte emocional, que implica la expresión de empatía, cuidado y confianza tomado en cuenta; y acompañamiento social, que se refiere a los lazos de cooperación y ayuda que establece la persona. En el caso del soporte instrumental y emocional se mide la ayuda que la persona recibe en su vida cotidiana (diario) y el la ayuda que recibe para satisfacer una necesidad específica (orientado al problema) (Suurmeijer et al., 1995).

La prueba cuenta con 23 ítems de auto reporte con una escala de tipo Lickert de cuatro puntos. Los autores realizaron una investigación inicial con la prueba en la que participaron 744 pacientes con artritis reumatoide de cuatro países: 116 franceses, 292 holandeses, 238 noruegos y 98 suecos entre 20 y 70 años. Con los datos de cada país primero se hizo un análisis de correlación entre los 23 ítems, un análisis factorial de componentes principales (ACP) y un análisis factorial de componentes simultáneos (ACS) para saber si la estructura de la prueba se mantenía constante en diferentes muestras.

A partir de los análisis factoriales se identificaron cinco componentes correspondientes a las cinco subescalas del CTSS. Con estos cinco componentes, el porcentaje de varianza explicada del ACS fue de 52% y de ACP fue de 51% para la muestra holandesa, 57.9% para la francesa, 54.7% para la sueca y 51% para la noruega. Las correlaciones entre los 23 ítems fueron positivas y las correlaciones de los ítems al interior de cada una de las subescalas era mayor que las correlaciones entre ítems de diferentes subescalas.

Las subescalas del CTSS son: Soporte Emocional Diario (DES) que mide el la frecuencia con la que las personas se muestran afectuosos o amigables con uno (5 ítems), Soporte Emocional Orientado al Problema (PES) se refiere a la frecuencia con la que la persona recibe aliento cuando atraviesa una difícil situación (6 ítems), Acompañamiento Social (SC) hace alusión a la frecuencia con que una persona interactúa positivamente con otros en diversas actividades (5 ítems), Soporte Instrumental Diario (DIS) se refiere a la frecuencia con la que una persona recibe ayuda material, ayuda física y consejos (4 ítems) y Soporte Instrumental Orientado al Problema (PIS) mide la frecuencia con la que una persona recibe ayuda material y física para hacer frente a una dificultad (3 ítems).

En la investigación inicial, los coeficientes de consistencia interna de la prueba para cada subescala del CTSS variaron entre 0.70 y 0.82 para el DES, entre 0.66 y 0.78 para el PES, entre 0.68 y 0.75 para el SC, entre 0.26 y 0.44 para el DIS y entre

0.50 y 0.69 para el PIS. Las correlaciones entre sus subescalas variaron entre 0.17 a 0.58. Los autores señalan que la baja confiabilidad alcanzada por la subescala DIS se debe a al pequeño número de ítems con el que cuenta.

Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social (CSSS)

Este cuestionario se utiliza para describir la satisfacción que tiene una persona con el soporte social que recibe en tres ámbitos distintos: soporte instrumental, soporte emocional y acompañamiento social. En los dos primeros se mide la satisfacción con el soporte que la persona recibe en su vida cotidiana y la satisfacción con la ayuda que recibe para satisfacer una necesidad específica (Suurmeijer et al., 1996). La prueba cuenta con 23 ítems de auto reporte con una escala de tipo Lickert de cuatro puntos. Los autores realizaron una investigación inicial con la prueba que fue la misma que se realizó con el CTSS.

La estructura de la prueba se analizó haciendo una comparación entre el análisis factorial de componentes simultáneos (ACS) y el análisis factorial de componentes principales (ACP) para saber si la estructura de la prueba se mantenía constante en diferentes muestras. Si el porcentaje de varianza del ACP es mayor que el ACS A partir de los análisis factoriales se identificaron cinco componentes correspondientes a las cinco subescalas del CSSS. Con estos cinco componentes, el porcentaje de varianza explicada del ACS fue de 60% y de ACP fue de 59.9% para la muestra holandesa, 65.2% para la francesa, 61.6% para la sueca y 60.8% para la noruega.

Las subescalas del CSSS son las mismas que en el CTSS excepto que éstas evalúan cuan satisfechos están los individuos con el nivel de soporte recibido reportado en cada una de las subescalas del CTSS. Estas subescalas son: Satisfacción con Soporte Emocional Diario (DES-SAT) que mide el grado de satisfacción que una persona tiene con frecuencia con la que las personas se muestran afectuosos o amigables con ella (5 ítems), Satisfacción con Soporte Emocional Orientado al Problema (PES-SAT) se refiere al grado de satisfacción que una personas tiene con la frecuencia con la que recibe aliento cuando atraviesa una difícil situación (6 ítems), Satisfacción con Acompañamiento Social (SC-SAT) hace alusión al grado de satisfacción que una persona tiene con la frecuencia con que interactúa positivamente con otros en diversas actividades (5 ítems), Satisfacción con Soporte Instrumental Diario (DIS-SAT) se refiere al grado de satisfacción que una persona tiene con la frecuencia con la que recibe ayuda material, ayuda física y consejos (4 ítems) y Satisfacción con Soporte Instrumental Orientado al Problema

(PIS-SAT) mide el grado de satisfacción que una persona tiene con la frecuencia de ayuda material y física que recibe en un momento de necesidad (3 ítems).

En el CSSS, los coeficientes de consistencia interna para cada sub-escala variaron entre 0.73 y 0.88 para el DES-SAT, entre 0.73 y 0.84 para el PES-SAT, entre 0.73 y 0.84 para el SC-SAT, entre 0.43 y 0.64 para el DIS-SAT y entre 0.57 y 0.74 para el PIS-SAT. Las correlaciones entre las subescalas del cuestionario variaron de 0.30 a 0.68. A pesar de que algunos problemas con la confiabilidad de la sub-escala DIS SAT fueron reportadas, los autores señalaron que esto pudo deberse al pequeño número de ítems en cada subescala.

Estos dos cuestionarios combinados han sido utilizada por Suurmeijer et al., (2005) en adultos holandeses con artritis reumatoide, encontrándose que la prueba tiene una buena consistencia interna (valores del α de Cronbach del para las subescalas varían entre 0.62 y 0.80). Asimismo, en una investigación realizada por Fyrand et al. (2001) en Noruega con mujeres con artritis reumatoide, se encontraron resultados similares que indican que la prueba funciona de manera adecuada.

La versión de los cuestionarios utilizada en la presente investigación es la adaptación realizada por Gargurevich et al. (2007) en población limeña adulta. El proceso de validación comenzó por una traducción del inglés al español validada por cinco jueces peruanos. Esta traducción fue aplicada junto con el Inventario de Calidad de Relaciones a dos muestras diferentes, una de estudiantes universitarios (N=562) y la otra en una muestra de damnificados de un desastre natural (N=174) con el fin de obtener una medida de validez convergente.

En relación con la validez convergente y divergente, el CSSS y el CTSS correlacionaron significativamente con el Inventario de Calidad Relaciones (ICR). Las subescalas CTSS estaban correlacionadas positivamente ($p < 0.05$, $p < 0.01$) con la subescala de soporte del ICR (QRI) (0.15, 0.16, 0.10, 0.14, 0.15 para DES, PES, SC, DIS y PIS respectivamente) y negativamente ($p < 0.01$, $p < 0.001$) con la subescala de conflicto (-0.13, -0.12, -0.12, -0.15 y 0.15 para DES, PES, SC, DIS y PIS respectivamente). Todas las subescalas del CSSS correlacionaron positivamente ($p < 0.001$) con la subescala de soporte social del ICR (0.30, 0.22, 0.26, 0.15 y 0.29 para DES-SAT, PES-SAT, SC-SAT, DIS-SAT y PIS - SAT respectivamente y negativamente ($p < 0.05$) con la subescala de Conflicto, sin embargo esta asociación fue significativa solo para el DES-SAT, SC-SAT y el PIS-SAT ($r = -0.11$, $r = -0.11$ y $r = 0.13$, respectivamente).

Para investigar la estructura de cinco factores de ambos instrumentos hallada previamente en la muestra de estudiantes, un análisis factorial con rotación Promax

fue realizado inicialmente. Ya que se deseaba investigar la estructura de cinco factores de ambas escalas, una solución de cinco factores fue impuesta en nuestros datos. Aquellos ítems con cargas factoriales mayor a 0.40 en sus respectivos factores fueron juzgados como adecuados para la estructura de factores de la escalas. Este análisis arrojó la misma estructura de cinco factores esperada teóricamente para el CTSS y el CSSS (Suurmeijer et al., 1996; Suurmeijer et al., 1995). Las cargas factoriales del CTSS variaron de 0.32 a 0.91, y para el CSSS de 0.25 a 0.84. En comparación con la muestra de estudiantes, el ítem 3 obtuvo más bien altas cargas factoriales en ambas escalas. Las cargas factoriales para el CTSS y el CSSS y el porcentaje de varianza explicado por cada factor fue de 17.61 para DES, 12.81 para PIS, 8.85 para SC, 7.77 para DIS y 7.09 para PIS.

Ambos cuestionarios mostraron una consistencia interna de orden aceptable y buena. Para el CTSS, los coeficientes de consistencia interna alpha de Cronbach fueron de 0.71 para el DES, 0.74 para el PES, 0.76 para el SC, 0.64, para el DIS y 0.64 para el PIS y para la escala total, de 23 ítems, fue 0.87. Los coeficientes de consistencia interna para el CSSS fueron 0.71 para DES-SAT, 0.76 para PES-SAT, 0.81 para SC-SAT, 0.77 para DIS-SAT y 0.77 para PIS-SAT, y fue de 0.91 para la escala total.

Por último, al realizar la aplicación de los instrumentos en nuestra muestra se obtuvo el coeficiente de consistencia interna; Alfa de Cronbach, para el Cuestionario CTSS de 0.64 y para el cuestionario CSSS de 0.74. Al hacer el análisis de confiabilidad al interior de ambas pruebas, se encontró que entre las subescalas del CTSS el valor del coeficiente de consistencia interna varía entre 0.47 y 0.79, mientras que entre las subescalas del CSS dichos coeficientes varían entre 0.54 y 0.86.

Procedimiento

Para analizar los datos, se empleó el programa estadístico SPSS versión 17.0. En primer lugar, se obtuvieron los coeficientes alpha de Cronbach de los cuestionarios SF-36, CTSS y CSSS, constando así la confiabilidad de las pruebas.

Posteriormente se emplearon medidas de tendencia central para la descripción de la muestra. Luego, se realizó la prueba de normalidad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos debido a que se tenía un N de 58. Se observó una distribución no normal solo en las dimensiones de Rol Emocional, Rol Físico y Funcionamiento Social del cuestionario SF-36 y en las subescalas DES-SAT, PES-SAT, SC-SAT, PIS-SAT Y DIS-SAT del cuestionario CSSS (Ver Anexo E).

A partir de los datos obtenidos en la prueba de normalidad se utilizaron los estadísticos correspondientes para hacer la comparación de medias en relación con

las variables sociodemográficas y de enfermedad (T-Student para las variables normales y U Mann Whitney para las no normales). Para hallar la magnitud de las diferencias encontradas se utilizó la D de Cohen. Finalmente, se realizó un análisis de correlación entre las dimensiones de calidad de vida del SF-36 y las subescalas de los cuestionarios CTSS y CSSS. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación >0.05 , y para la valoración del grado de correlación entre las variables se consideró el criterio de Cohen que determina que una correlación es grande si es >0.5 , mediana si es <0.03 y <0.5 y pequeña si es <0.1 y <0.3 .



CAPÍTULO III

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36 que evalúa calidad de vida, del Cuestionario de Transacciones de Soporte Social y el Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social, los cuales evalúan el soporte social recibido y la satisfacción con el mismo. En primer lugar, se presenta el análisis sobre la variable calidad de vida, donde se exponen los valores descriptivos, la distribución por percentiles de sus dimensiones y las diferencias de medias estadísticamente significativas en relación con las variables sociodemográficas y las de enfermedad respectivamente. En segundo lugar, se presenta un análisis similar sobre la variable de soporte social. Finalmente, se presenta el análisis sobre la correlación entre la variable calidad de vida y soporte social en la muestra.

Calidad de vida

Tomando como referencia que los puntajes de la prueba se ubican en un continuo de 0 a 100 puntos, donde 50 corresponde al promedio teórico de la escala, al observar los puntajes promedios para las ocho dimensiones y las dos de dimensiones de segundo orden (Ver Tabla 3), se puede observar que, a excepción de rol físico, todas las dimensiones presentan medias por encima del puntaje 50. Esto indica que en estas áreas hay una tendencia positiva en la calidad de vida. Asimismo se observa que en la dimensión de Funcionamiento Físico es en donde las participantes alcanzaron el mayor nivel de funcionalidad ($M=85.7$; $DS=14$), lo cual significa que las participantes pueden realizar tareas de autocuidado que demanden esfuerzos moderados o grandes.

Por otro lado, la dimensión de rol físico es la que tiene menor puntaje ($M=43.5$; $DS=39.3$), indicando que es el área más deteriorada. Esto significa que el estado de salud de las participantes limita su desempeño en la realización de su trabajo y de sus actividades cotidianas.

Tabla 3. *Tabla de estadísticos descriptivos*

	Media	Mediana	DS	Min	Max
Funcionamiento Físico	85.7	90	14	25	100
Rol físico	43.5	37.5	39,3	0	100
Rol emocional	66.3	100	40	0	100
Vitalidad	69.8	70	16,7	10	100
Salud mental	64.5	68	18,5	20	100
Funcionamiento Social	66.8	62.5	17,1	25	100
Dolor	66.7	67.5	23,1	13	100
Salud General	66	70	15	31	90
Componte Físico	65.5	65	17,4	23	94
Componte Mental	67.9	68.7	18	34	94

N = 58

En la distribución por quintiles, se puede observar que las dimensiones de: Vitalidad, Salud Mental, Funcionamiento Social, Dolor, Salud General, Componte Físico y Componte Emocional son las que tienen sus puntajes agrupados en torno al punto medio de la escala. En la dimensión de Funcionamiento Físico los puntajes se organizan de forma ascendente, en donde, la mayor parte del grupo (82%) se ubica dentro del quintil Muy Alta, siendo esta la dimensión de calidad de vida más conservada entre las participantes.

Tabla 4. *Porcentajes de los Quintiles*

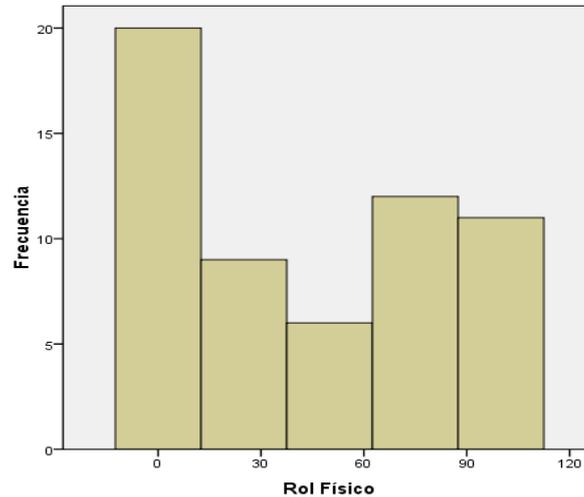
	Muy Baja	Relativamente Baja	Promedio	Relativamente Alta	Muy Alta
Funcionamiento Físico	-	2%	2%	14%	82%
Rol físico	35%	15%	10%	21%	19%
Rol emocional	17%	19%	2%	9%	53%
Vitalidad	2%	3%	14%	47%	34%
Salud Mental	-	3%	24%	41%	32%
Funcionamiento Social	-	9%	12%	64%	15%
Dolor	3%	7%	24%	38%	28%
Salud General	-	3%	28%	41%	28%
Componte Físico	-	5%	35%	34%	26%
Componte Emocional	-	11%	21%	34%	34%

N = 58

Las dimensiones de Rol Físico y Rol emocional son las que presentan una mayor dispersión, lo que nos indica que hay disparidad en el grado en que las funciones que miden se ven afectadas entre las participantes. En la dimensión de rol físico se encuentra que el 50% de las participantes obtuvieron puntajes muy bajos y relativamente bajos, mientras que el 40% obtuvieron puntajes relativamente altos y

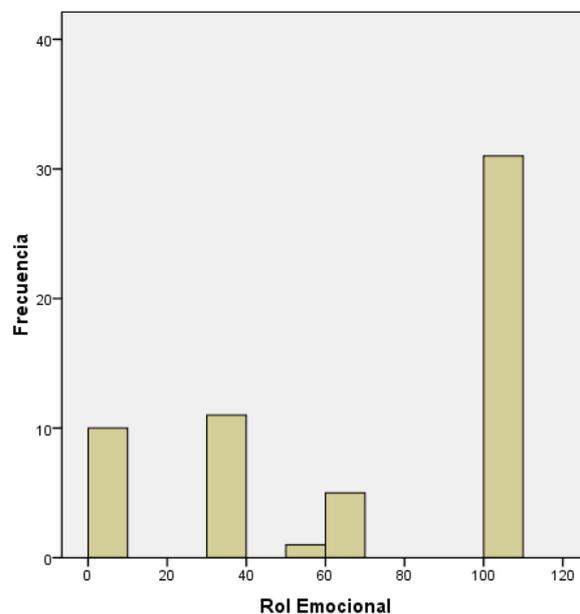
muy altos. Esto nos dice que, mientras algunas participantes tienen esta función moderadamente conservada, hay otras que la tienen muy deteriorada. El Gráfico N°1 muestra dicha tendencia hacia la izquierda propia de una baja calidad de vida.

Gráfico N°1. Distribución de frecuencias de la dimensión Rol Físico



En cuanto a la dimensión de rol emocional se encuentra que el 39% de las participantes obtuvieron puntajes bajos y relativamente bajos en contraposición con un 53% que obtuvieron puntajes muy altos. Esto quiere decir que hay un grupo de mujeres que perciben que los problemas emocionales interfieren en gran medida en sus actividades cotidianas, mientras que hay otro grupo que percibe que los problemas emocionales que pudieran tener no interfieren en su trabajo. El Grafico N°2 nos muestra la distribución de esta polarización.

Gráfico N°2. Distribución de frecuencias de la dimensión Rol emocional



Al comparar las dimensiones de calidad de vida tomando como referencia las variables de enfermedad, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en antecedentes de cáncer relacionado con la Vitalidad. Así las pacientes que no tienen antecedentes de cáncer en sus familias presentaban un nivel más elevado de energía en comparación con las que tienen familiares con cáncer (Ver Tabla 5). Utilizando la D de Cohen nos damos cuenta que la magnitud de la diferencia es mediana ($d=0.7$).

Tabla 5. *Diferencias de medias entre Vitalidad y Antecedentes de Cáncer*

	Si N =23		No N =35		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
Vitalidad	62.8	19.2	74.4	13.2	2.731	0.008

N= 58

Al comparar las dimensiones de calidad de vida con las variables demográficas, se hallaron varias diferencias estadísticamente significativas. Se encontró que las mujeres que se quedan en sus casas tienen mayores problemas emocionales que interfieren en su trabajo o en sus actividades cotidianas en comparación con las mujeres que trabajan. La magnitud de esta diferencia es media ($d=0.7$). A su vez, las mujeres que trabajan tienen menores limitaciones en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física, tendiendo esta diferencia una magnitud grande ($d=0.8$). Además, quienes tienen un trabajo presentan puntajes significativamente más altos en las dos áreas globales Componte Físico y Componte Mental en comparación con las mujeres que se quedan en casa (Ver Tabla 6). La magnitud de estas diferencias son media para el componente físico ($d=0.7$) y grande ($d=0.8$) para el Componente Emocional.

Tabla 6. *Diferencias de medias entre calidad de vida y ocupación actual*

	Dentro de casa N =41		Fuera de casa N =17		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
Rol físico	35.9	39.5	61.8	33.2	220.5	0.024
Rol emocional	57.7	41.5	87.3	27.3	212.5	0.011

	Dentro de casa N =41		Fuera de casa N =17		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
Componte Físico	61.9	18.1	73.9	12.2	-2.505	0.015
Componte Emocional	63.7	17.9	77.8	14.2	-2.885	0.006

N=58

Al realizar el análisis sobre la variable personas con quienes vive, se hizo la comparación entre todos los grupos y solo se hallaron diferencias significativas en la dimensión de dolor. Se encontró que las mujeres que viven con sus esposos presentan menos dolor que quienes viven con sus esposos, hijos y/o nietos, teniendo esta diferencia una magnitud grande ($d=0.8$). Además, las mujeres que viven solo con sus hijos presentan menos dolor en comparación con las que viven con sus esposos, hijos y/o nietos, tendiendo esta diferencia una magnitud grande ($d=0.9$) (Ver Tabla 7)

Tabla 7. *Diferencias de medias entre dolor y personas con quienes vive*

	Esposo N =8		Esposo, hijos y/o nietos N =21		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
Dolor	78.4	29.9	54.7	23.1	2.343	0.027

	Hijos N =14		Esposo, hijos y/o nietos N =21		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
Dolor	73	16.3	54.7	23.1	2.656	0.012

N=58

Asimismo, las mujeres solteras, separadas o viudas obtuvieron puntajes significativamente más altos en el Componte Mental en comparación con quienes estaban casadas o conviviendo con otra persona, siendo la magnitud de esta diferencia mediana ($d=0.5$) (Ver Tabla 8)

Tabla 8. *Diferencias de medias entre Componte Emocional y estado civil*

	Soltera/Separada/Viuda N =25		Casada/Conviviente N =33		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
Componte Emocional	73	14.1	63	19.8	2.026	0.048

N=58

Luego de realizar un contraste de medias entre los tres grupos de grados de instrucción, solo se encontraron diferencias significativas con la dimensión de rol emocional. Dentro de esta, se halló que las mujeres que tienen secundaria completa tienen puntajes significativamente más bajos en esta dimensión en comparación con las pacientes que tienen primaria completa y con aquellas que tienen educación superior (Ver Tabla 9). La magnitud de la primera diferencia es grande ($d=1$) mientras que la segunda es mediana ($d=0.6$).

Tabla 9. *Diferencias de medias entre rol emocional y grado de instrucción*

	Primaria N=7		Secundaria N=27		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
Rol emocional	95.3	12.6	50.6	40.7	37.5	0.013
	Secundaria N=27		Superior N=24		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
Rol emocional	50.6	40.7	75.7	37.8	215.5	0.028

N=58

Finalmente, se puede observar que las mujeres que viven en provincia tienen un mayor funcionamiento social en comparación con quienes viven en Lima (Ver Tabla 10), siendo la magnitud de esta diferencia mediana ($d=0.5$).

Tabla 10. *Diferencias de medias entre funcionamiento social y lugar de residencia*

	Lima N=35		Provincia N=23		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
Funcionamiento Social	63.5	19.9	71.7	10.1	370	0.022

N = 58

Soporte Social

Al analizar los resultados globales de ambas pruebas nos damos cuenta que todas las mujeres señalan que reciben soporte social. El 65.5% de ellas lo recibe algunas veces y el 34.5% lo recibe con frecuencia. Asimismo, la mayoría de las mujeres (81%) se encuentra satisfecha con el soporte social que recibe y tan solo el 19% de las mujeres menciona que reciben menos soporte del que le gustaría (Ver Tabla 11).

En cuanto a las subescalas, el soporte emocional en sus dos aspectos, diario y orientado al problema, es el tipo de soporte que las mujeres reciben con mayor frecuencia (DES: 53.4% y PES: 65.5%) y un gran porcentaje del grupo los recibe algunas veces (DES: 44.8% y PES: 32.8). La mayoría de las mujeres señalan que la frecuencia con la que reciben estos dos aspectos del soporte emocional es tal como les gusta (DES-SAT: 74.4% y PES-SAT: 84.5%), el resto de ellas señala que la ayuda recibida es menos de lo que les gusta. En cuanto al acompañamiento social, se encuentra que la mayoría de mujeres (58.6%) lo recibe algunas veces, mientras que otro grupo grande de ella (29.3%) lo recibe con frecuencia, mientras que el 3.4% lo

recibe con bastante frecuencia y el 8.6% no reciben este tipo de soporte. Este es el tipo de soporte recibido con menos frecuencia. En cuanto al nivel de satisfacción, la mayoría de mujeres (62.1%) señalan que la frecuencia con la que reciben este tipo de soporte es tal como les gusta mientras que el 36.2% refiere que es menos de lo que les gusta y tan solo el 1.7% dice que es mucho menos de lo que le gusta. En comparación con las otras subescalas, este es el tipo de soporte en el que hay mayor nivel de insatisfacción (Ver Tabla 11).

El soporte instrumental, tanto diario como orientado al problema, es recibido algunas veces por la mayoría de las mujeres (PIS: 72.4% y DIS=72.4%), un grupo mediano lo recibe con frecuencia (PIS: 20.7% y DIS: 17.2%) y un grupo pequeño no lo recibe (PIS: 5.2% y DIS: 6.9%). Sin embargo, la mayoría de las mujeres señalan que la frecuencia con la que reciben este tipo de soporte es tal como les gusta (PIS: 77.6% y DIS: 89.7%), mientras que el resto refiere que la ayuda recibida es menos de lo que le gusta (Ver Tabla 11)

Tabla 11. *Frecuencias*

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia		Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
DES	0%	44.8%	53.4%	1.7%	DES-SAT	0%	25.9%	74.1%	0%
PES	0%	32.8%	65.5%	1.7%	PES-SAT	0%	15.5%	84.5%	0%
SC	8.6%	58.6%	29.3%	3.4%	SC-SAT	1,7%	36.2%	62.1%	0%
PIS	5.2%	72.4%	20.7%	1.7%	PIS-SAT	1,7%	20.7%	77.6%	0%
DIS	6.9%	72.4%	17.2%	3.4%	DIS-SAT	0%	10.3%	89.7%	0%
CTSS	0%	65.5%	34.5%	0%	CSSS	0%	19%	81%	0%

N=58

Para analizar la relación entre el soporte recibido y la satisfacción con el mismos se siguió lo propuesto por Suurmeijer, et al. (1996), quien dicotomizó las respuestas de ambas pruebas y cruzó sus datos. Tal como se muestra en la tabla 12, la mayoría de las mujeres reciben poco acompañamiento social (68%), poco soporte instrumental diario (79%) y poco soporte instrumental orientado al problema (78%). Sin embargo, la mayoría señalan estar satisfechas con el soporte que reciben. Se confirma la idea anterior de que el Acompañamiento Social es el tipo de soporte menos recibido y en el que hay un mayor índice de insatisfacción. Así, 39 participantes refieren tener poco apoyo y 22 manifiestan estar insatisfechas con el poco apoyo que reciben.

Por otro lado, la mayoría de las mujeres reciben mucho soporte emocional diario (53%) y soporte emocional orientado al problema (67%), y la mayoría se

encuentran satisfechas con el soporte que reciben. Esto confirma la idea de que este es el tipo de soporte que las pacientes reciben con mayor frecuencia.

Tabla 12. *Distribución de las subescalas del soporte social*

	Poco		Mucho			Insatisfecho		Satisfecho	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		Frecuencia	%	Frecuencia	%
DES	27	47	31	53	DES - SAT	15	26	43	74
PES	19	33	39	67	PES - SAT	9	15	49	85
SC	39	68	19	33	SC - SAT	22	38	36	62
DIS	46	79	12	21	DIS - SAT	6	10	52	89
PIS	45	78	13	22	PIS - SAT	14	24	44	76

N=58

A nivel global, se encontró que el 11 de las participantes consideran que reciben poco soporte y se encontraban insatisfechas con este, 30 consideran que reciben poco soporte y se encuentran satisfechas con este, 2 consideran que reciben mucho soporte pero se encuentran insatisfechas con este y 15 consideran que reciben mucho soporte y están satisfechas con este (Ver Tabla 13)

Tabla 13. *Distribución de puntajes de ambas pruebas*

		Satisfacción			
		Insatisfecho		Satisfecho	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soporte Recibido	Poco	11	19	30	52
	Mucho	2	3	15	26
Total		13	22	45	78

N=58

Al comparar las subescalas del soporte social con los datos demográficos se encontró que las mujeres que nacieron en Lima tienen mayor satisfacción con el soporte emocional orientado al problema que reciben en comparación con quienes nacieron en provincia (Ver Tabla 14), siendo la magnitud de esta diferencia mediana ($d=0.5$)

Tabla 14. *Diferencia de medias entre PES-SAT y lugar de nacimiento*

	Lima N=22		Provincia N=36		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
PES-SAT	16,8	1,8	15,9	2	263	0,029

N=58

Como se puede observar en la Tabla 15, las mujeres que son solteras, separadas o viudas, muestran mayor satisfacción con el soporte instrumental diario que reciben en comparación con las mujeres que son casadas o conviven con sus parejas siendo la magnitud de esta diferencia mediana ($d=0.6$).

Tabla 15. *Diferencia de medias entre DIS-SAT y estado civil*

	Soltera/Separada/Viuda N=25		Casada/Conviviente N=33		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
DIS-SAT	11.6	1.1	10.7	1.7	277.5	0.023

N=58

Al comparar las subescalas de ambos cuestionarios y la variable personas con quienes vive, solo se encontraron diferencias significativas en las subescala de soporte instrumental diario. Al interior de este grupo, se encontró que mayor soporte instrumental diario reciben las mujeres que viven con su esposo, hijos y/o nietos en comparación con las que viven con sus esposos, dicha diferencia presenta una magnitud grande ($d=1.1$). Este tipo de soporte es mayor en las mujeres que viven con sus padres e hijos, en comparación con quienes viven con sus esposos, teniendo esta diferencia una magnitud grande ($d=2.2$) y es mayor en las mujeres que viven con sus hijos en comparación con quienes viven con sus esposos. La magnitud de esta diferencia es grande ($d=1.3$). Asimismo, es evidente que las mujeres que viven con sus hijos reciben un mayor soporte instrumental diario en comparación con quienes viven con sus padres y/o hermanos, siendo la magnitud de esta diferencias grande ($d=1$). Finalmente, este tipo de soporte es mayor en las mujeres que viven con sus padres e hijos en comparación con quienes viven con sus padres y/o hermanos. La magnitud de esta diferencia es grande ($d=1.5$) (Ver Tabla 16).

Tabla 16. *DIS y personas con quienes vive*

	Esposo N=8		Esposo, hijos y/o nietos N=21		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
DIS	6.4	1.3	8.1	1.7	-2.615	0.014
	Esposo N=8		Padres e hijos N=5		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
DIS	6.4	1.3	9	1	-3.833	0.003
	Esposo N=8		Hijos 14		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
DIS	6.4	1.3	9.2	2.6	-2.834	0.01

	Hijos 14		Padres y/o hermanos N=9		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
DIS	9.2	2.6	7.1	1.4	2.178	0.041

	Padres e hijos N=5		Padres y/o hermanos N=9		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
DIS	9	1	7.1	1.4	2.567	0.025

N=58

También se encontró que las mujeres que tenían un trabajo u ocupación fuera de casa se encontraban más satisfechas con el soporte emocional diario que reciben en comparación de quienes se quedan en casa (Ver Tabla 17), siendo esta diferencia de magnitud mediana ($d=0.6$).

Tabla 17. *Diferencia de medias entre DES-SAT y ocupación actual*

	Dentro de casa N=41		Fuera de casa N=17		U Mann-Whitney	
	Media	DS	Media	DS	U	Sig.
DES-SAT	13.3	1.7	14.4	1.6	212.5	0.016

N=58

En cuanto a las variables de enfermedad, se encontraron diferencias significativas en los grupos de tiempo de cirugía con la sub escala de acompañamiento social. Al hacer una comparación entre los grupos de esta variable, se encontró que las mujeres que fueron operadas hace más de un año reciben un mayor acompañamiento social en comparación con las mujeres que tuvieron su cirugía hace menos de un año (Ver Tablas 18). Esta diferencia tiene una magnitud grande ($d = 0.8$).

Tabla 18. *Diferencia de medias entre SC y tiempo de cirugía*

	De 3 meses a 1 año		Más de 1 año		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
SC	10.1	2.6	12.5	3	-2.936	12.8

N=58

La otra variable de enfermedad en donde se encontraron diferencias significativas fue la de tiempo de enfermedad con la subescala de acompañamiento social. Se realizó un análisis entre los diferentes grupos de dicha variable y solo se encontraron diferencias significativas entre los grupos de 3 meses a un 1 año y de 2 años a 10 años. Así, las mujeres que tienen entre 2 y 10 años con la enfermedad tienen mayor acompañamiento social en comparación con quienes tienen un año o

menos de ser diagnosticadas (Ver Tablas 19). Se encontró que esta diferencia tiene una magnitud grande ($d=0.8$).

Tabla 19. *Diferencia de medias entre SC y tiempo de enfermedad*

	De 3 meses a 1 año		De 2 a 10 años		Prueba T	
	Media	DS	Media	DS	T	Sig.
SC	10.3	2.7	12.9	3.1	-3.229	0.002

N=58

Correlaciones entre la variable calidad de vida y soporte social

Las dimensiones de Calidad de Vida del SF-36 y las subescalas de los cuestionarios de soporte social CTSS y CSSS fueron sometidas a un análisis correlacional. Debido a que, en general, la mayoría de las dimensiones y subescalas de las pruebas tenían una distribución no normal se decidió realizar un análisis de correlación de Spearmann (Ver Tabla 20).

Tabla 9: Correlación entre calidad de vida y soporte social

	Func. Físico	Rol Físico	Vitalidad	Salud Mental	Func. Social	Dolor	Comp. Físico	Comp. Emocional
DES-SAT	0.213	0.129	0.208	-0.028	0.067	0.315**	0.232*	0.083
PES	0.006	0.214	0.09	0.330**	0.119	0.177	0.16	0.241*
SC	-0.086	0.202	0.169	0.194	0.259*	0.131	0.183	0.152
SC-SAT	0.12	0.064	0.121	0.199	0.220*	0.189	0.121	0.252*
DIS	0.017	0.086	0.355**	0.075	0.034	0.148	0.126	0.07
DIS-SAT	0.18	-0.093	0.065	-0.301*	-0.157	0.068	0.003	-0.18
PIS-SAT	0.066	0.08	0.263*	0.037	0.021	0.293*	0.166	0.16
CSSS	0.289*	0.247*	0.312**	0.079	0.056	0.274*	0.305**	0.168

N=58 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Se encuentra que hay una correlación mediana y directa entre el puntaje global del CSSS y las dimensiones de Vitalidad y el Componente Físico; y una correlación pequeña y directa entre el puntaje global del CSSS y las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol Físico y Dolor. Se hallaron correlaciones pequeñas y directas entre la subescala PIS-SAT y las dimensiones de Vitalidad y Dolor. Se observa una correlación mediana y directa entre la subescala DIS y la dimensión de Vitalidad. Se encontraron correlaciones pequeñas y directas entre la subescala SC-SAT y las dimensiones de Funcionamiento Social y el Componente Emocional. Se halló también una correlación pequeña y directa entre la subescala SC y la dimensión

de Funcionamiento Social. Se observa una relación mediana y directa entre la subescala PES y la dimensiones de Salud Mental y una correlación pequeña y directa entre esta y el Componente Emocional. Finalmente, se encontró una correlación mediana y directa entre la subescala DES-SAT y la dimensión de Dolor y una correlación pequeña y directa entre esta y el Componte Físico.

Por otro lado, se encontró una correlación mediana e inversa entre la escala DIS-SAT y la dimensión de Salud Mental.



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El análisis de la calidad de vida resulta de la evaluación e interpretación del estado físico, social, funcional y psicológico que hace la persona de su propia vida. Tomando en cuenta los componentes de bienestar objetivo, así como la sensación de bienestar subjetivo de la persona (Oblitas, 2004; Terol et al., 2000; Zanafalioğlu et al., 2009). Asimismo, varios autores coinciden en que una buena calidad de vida se refiere principalmente a la satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social (Cubrerros, 2006; Schwartzmann, 2003).

Ahora bien, cuando se habla de calidad de vida en pacientes con cáncer, la literatura sostiene que la calidad de vida es concebida como la medida en que los pacientes perciben que su enfermedad, tratamiento y efectos secundarios, afectan su nivel de bienestar general, satisfacción vital y la evaluación general que ellos hacen sobre su propia vida. Para realizar esta evaluación se sopesa el compromiso que las actividades diarias han tenido a partir de la enfermedad y su tratamiento (Rodríguez et al., 2009; Schwartzmann, 2003; Taylor, 2007). Es así que, se puede encontrar a personas que tienen un estado de salud algo deteriorado y hacen una valoración positiva de su calidad de vida debido a que se han logrado adaptar a su enfermedad.

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede decir que, a nivel global, la valoración que hacen las participantes de su condición física y la calidad de sus vidas es favorable en todas las dimensiones de calidad de vida y en las dos áreas globales. Cabe resaltar que las dimensiones más preservadas entre las participantes son las de Funcionamiento Físico y Vitalidad, mientras que la más deteriorada es la de Rol Físico. El poco deterioro de la calidad de vida de las pacientes se asocia a que la enfermedad de más de la mitad de las mujeres se encuentra en una etapa inicial, entre los estadios I y II, a que la mitad de ellas tiene más de dos años con la enfermedad y a que ninguna sufre alguna otra enfermedad.

Una valoración positiva de la calidad de vida en este tipo de pacientes también fue encontrada en otras investigaciones como las realizadas por Terol et al. (2000), y Laos (2010). Esto sugiere que no toda enfermedad crónica, causa indefectiblemente un deterioro grueso en la calidad de vida del paciente. Más aún, lo que se ha encontrado es que en diversas enfermedades crónicas existe una preservación en la mayoría de áreas de la CVRS. Es así que, personas con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, psoriasis, asma, afecciones gastrointestinales e incluso algunos

tipos de cáncer, presentan niveles bajos de deterioro en su calidad de vida (Laos, 2010; Lugo et al., 2006; Paredes, 2003; Vinaccia et al., 2005b; Vinaccia et al., 2006).

Según lo encontrado por Vinaccia et al. (2005a) y Lugo et al. (2006), la CVRS tiende a superar el puntaje promedio en enfermedades crónicas que se caracterizan por síntomas que ocasionan menor discapacidad y remota posibilidad de muerte. Mientras que un mayor deterioro de la CVRS está comúnmente asociado con factores como la inminente amenaza de muerte, las multipatologías, la alta comorbilidad (Permanyer et al., 2001; Vinaccia et al., 2005a) y la cronicidad del dolor (Salas, 2009).

Si bien el cáncer se asocia normalmente con muerte, en los últimos años, los profesionales de la salud implicados en su tratamiento han tomado conciencia de la necesidad de equilibrar los beneficios de unos tratamientos que no curan con los costos de los graves efectos secundarios que producen (Rodríguez et al., 2009). Es por esto que, en la actualidad, los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer se están volviendo cada vez menos nocivos y limitantes para la vida de los pacientes (Zanapalioğlu et al., 2009). Los avances médicos en el tratamiento del cáncer han logrado que la muerte ya no sea algo tan inminente para estas pacientes y que dicha enfermedad tenga un mejor pronóstico, especialmente si es detectada en una etapa inicial, ya que este tipo de cáncer no suele ser muy agresivo (American cancer society, 2009). Todo esto permite que las pacientes sea más fácil poderse adaptar satisfactoriamente a la enfermedad, deshaciéndose, de los síntomas y las demás consecuencias que esta trae para su vida diaria para lograr reorganizar su vida adquiriendo nuevos estilos de vida que les permitan mantener su calidad de vida (Zanapalioğlu et al., 2009).

Otro factor que contribuye a la preservación de la calidad de vida en las pacientes es que cada vez tienen acceso a mayor información acerca de la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Tal como lo explica Engel et al. (2004) las pacientes que tienen una mejor comunicación con su médico tratante reportan mayores niveles de calidad de vida. Así, mayor información por parte de los profesionales de la salud se asocia a una mayor sensación de control en las pacientes y a la disminución del impacto emocional negativo producido por el diagnóstico de cáncer ya que una adecuada provisión de información disipa los miedos que las mujeres puedan tener acerca de su enfermedad (Chantler et al., 2005; Engel et al., 2003).

Por otro lado, el buen Funcionamiento Físico que las participantes presentan, junto con el adecuado nivel de energía y la poca sensación de fatiga que refieren sentir, nos indica que ellas tienen la capacidad de realizar tareas de autocuidado que

demanden esfuerzos moderados e incluso fuertes sin muchas dificultades, como bañarse, ir de compras, caminar e incluso limpiar la casa, manteniendo así su autonomía.

En esta línea, Gaviria et al. (2007) encontró que los efectos secundarios del cáncer de mama y de su tratamiento, no resultaban ser muy limitantes ya que estos no interferían demasiado en la vida de las pacientes y les permitían realizar sus actividades cotidianas e incluso participar en encuentros sociales o familiares. Un adecuado nivel de participación social también fue encontrado en la presente investigación, siendo este un factor importante, debido a que el contacto con otros mejora la adaptación psicológica al cáncer ayudando a los pacientes a lidiar con las emociones negativas e ideas perniciosas que puedan tener acerca de su enfermedad. Esto, a su vez, se asocia con menores niveles de depresión y ansiedad y mayores niveles de bienestar (Chimpén et al., 2007; Tylor, 2007; Vinaccia et al., 2005a).

Algunas investigaciones sugieren que alrededor del 80% de los pacientes que son sometidos a quimioterapia experimentan cansancio y casi el 90% de ellos manifiestan que ese cansancio disminuye su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (Vinaccia et al, 2005a). Sin embargo, tanto los resultados encontrados por Laos (2010) como los hallados en la presente investigación difieren de esta idea, pues en ambas investigaciones, las pacientes presentan un buen funcionamiento físico y un adecuado nivel de energía. Todo esto, nos hace pensar que los malestares físicos que las mujeres pudieran llegar a sentir a consecuencia de su enfermedad o tratamiento, no son percibidos por ellas como invalidantes y no son evaluados como significativos ni deteriorantes de su calidad de vida, sino más bien como algo temporal, manejable, poco incapacitante y, por lo tanto, tolerables. Estudios más al fondo sobre el tema nos permitirían confirmar dicha hipótesis.

Si bien, en líneas generales, las participantes tienen una valoración positiva de su calidad de vida, hay algunas dimensiones en las que se presenta cierto grado de deterioro, siendo la dimensión más afectada la de Rol Físico. Dentro de esta dimensión, la distribución de los puntajes se encuentre polarizada. Por un lado, el 40% de las participantes obtienen puntajes relativamente altos o altos, mientras que el 50% obtiene puntajes muy bajos o relativamente bajos. Esto nos indica que hay un grupo de mujeres que tienen dificultades para realizar su trabajo o sus actividades cotidianas debido a limitaciones por su estado de salud.

Es curioso que las participantes sí tengan funcionamiento adecuado en la dimensión de Funcionamiento Físicos, que hace referencia básicamente a la capacidad para realizar tareas de autocuidado. Resultados similares en ambas dimensiones fueron encontrados por Laos (2010). De estos datos se puede deducir

que hay un grupo de participantes que no tienen dificultades para realizar tareas de autocuidado, mas sí las tiene a la hora de realizar su trabajo u otras actividades cotidianas. Tanto en la presente investigación, como en la realizada por Laos (2010), se encuentra que las variables de enfermedad tomadas en cuenta no tienen una relación significativa con la dimensión de Rol Físico y no pueden explicar su deterioro en un grupo de las participantes, lo que nos hace pensar que éste podría estar asociado a otros factores que no fueron tomados en cuenta. Laos (2010), sugiere que estas variaciones podrían estar relacionadas a la personalidad y a los estilos de afrontamiento de las pacientes.

Al respecto, Gaviria et al. (2007) encontró que en pacientes oncológicos las estrategias de afrontamiento como la evitación y la reevaluación positiva son las más utilizadas y estas, a su vez, favorecen una mejor calidad de vida, tanto en las dimensiones funcionales como en la sintomatología de la enfermedad. Asimismo, en otras enfermedades crónicas, como en la insuficiencia renal crónica terminal, se señala que el uso de las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema son las de mayor utilidad para la persona pues se relacionan con un mayor bienestar físico en comparación con las estrategias evitativas (Cassaretto & Paredes, 2006).

Otros hallazgos encontrados en pacientes con cáncer de mama, indican que el afrontamiento activo y el enfocado en el problema estarían asociados a un mayor bienestar, mientras que el afrontamiento por evitación está asociado a mayor malestar emocional y a la presencia de sintomatología depresiva (Soto, 2011). Más aún, el afrontamiento evitativo no es de mucha ayuda pues tiende a aumentar el nivel de preocupación de la paciente, lo cual lleva a la percepción de una mayor carga emocional, repercutiendo negativamente en su bienestar emocional (Zanapalioglu et al., 2009). Es decir, las pacientes que se dan por vencidas, las que evitan pensar en el problema, quienes se centran exclusivamente en la emoción y tienden a ser más pasivos y racionalizadores serían quienes tendrían la calidad de vida más deteriorada. Sin embargo, es necesario que se realicen mayores investigaciones que vinculen ambas variables para poder comprobar dicha hipótesis.

Por otro lado, el deterioro del rol físico también podría verse influido por el tipo de rol que la paciente desempeña dentro de su familia. Así, Hirschman y Bourjolly (2005) encontraron que si bien todas las participantes de su estudio lograban cumplir con las tareas de autocuidado, aquellas mujeres encargadas de cuidar a otras personas como hijos o padres mayores eran quienes se sentían frustradas y tenían mayores dificultades para poder realizar sus actividades cotidianas. Asimismo, referían que su rol como cuidadoras fue el que se vio más afectado a raíz de la enfermedad,

debido a que las limitaciones producidas por su estado de salud no les permitían cuidar de otras personas.

A pesar de que en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas entre dimensión de rol físico y la variable personas con quien vive, se encontró que las mujeres que viven con sus esposos presentan menos dolor en comparación con las que viven con sus esposos, hijos y/o nietos. Además, las mujeres que viven solo con sus hijos presentan menos dolor en comparación con las que viven con sus esposos, hijos y/o nietos. Respecto a esto, Laos (2010) encontró que las mujeres que vivían con otros familiares presentaban más dolor en comparación con quienes vivían solo con su esposo y/o hijo. Esto nos hace pensar que las mujeres que presentan un mayor índice de dolor serían las que viven con más familiares y estarían cumpliendo dentro de sus familias el rol de cuidadoras, no solo de sus hijos sino también de sus nietos.

Hernández y Moreno (2009) afirman, con respecto al tema del dolor en pacientes con cáncer, que la familia debe asumir el papel de cuidador principal y para esto, deben conocer lo que la persona enferma desea, y hacer todo lo posible por cumplir esas expectativas. Lo encontrado apunta a que tanto los hijos como los esposos, por separado, pueden cumplir su rol de cuidadores de una manera adecuada, sin embargo, cuando hay otras personas en la casa de quienes hacerse cargo, no se le pueden brindar los cuidados apropiados a la mujer enferma, razón por la cual su sensación de dolor aumentaría.

Por otro lado, se encontró que las pacientes que trabajan presentan menores limitaciones físicas que interfieren en su desempeño al realizar sus actividades cotidianas en comparación con las mujeres que se quedan en casa. Estas, a su vez, presentan un mayor grado de malestar emocional que interfiere en su trabajo y en sus actividades cotidianas en comparación con quienes trabajan. Asimismo, las mujeres que se quedan en casa, tienen menores puntajes en el Componente Físico y en el Componente Emocional. Esto coincide con lo encontrado por Safaee et al., (2008), en cuyo estudio, las pacientes que se encontraban trabajando eran las que presentaban mayores puntajes en la dimensión de rol físico.

Todo esto nos indica que las mujeres que tienen menos limitaciones causadas por su estado físico y emocional y se sienten mejor, son quienes mantienen una vida más activa. Pareciera ser que el que las pacientes no vean interrumpidas sus labores cotidianas a causa de la enfermedad favorece su proceso de adaptación, así, el tener una ocupación y mantener una vida activa actuarían como un factor protector para preservar la calidad de vida de las pacientes y su nivel de autonomía.

Por otro lado, a pesar de que se espera que un mayor grado de escolaridad esté asociado a un nivel más elevado en la calidad de vida de las pacientes (Salas & Grisales, 2010), llama la atención que en la dimensión de rol emocional se encontró que las mujeres que tienen secundaria completa pero no han hecho estudios posteriores presentan mayor grado de malestar emocional, en comparación con las mujeres que tienen educación superior y con aquellas que no terminaron el colegio respectivamente. Así, las mujeres que han terminado el colegio son quienes han tenido que reducir el tiempo que le dedican a su trabajo o a ciertas actividades diarias debido a algún problema emocional y, estos, a su vez, provocan que ellas tengan un menor rendimiento y cuidado al trabajar.

En el presente estudio ninguna de las variables de enfermedad tomadas en cuenta parece tener una influencia significativa en la variación del estado emocional de las pacientes. Se puede inferir que el hecho, de que las pacientes que no han terminado el colegio y aquellas que tienen educación superior sean las que tienen menores limitaciones emocionales que interfieran en su trabajo, estaría más relacionado con factores internos como rasgos de personalidad o los estilos de afrontamiento que utilizan. Sin embargo, es necesario que se realicen mayores investigaciones al respecto para poder llegar a una conclusión, ya que en las investigaciones revisadas no se encontró una posible explicación.

Tampoco se pudo identificar con claridad las razones por las cuales el estado de salud y el estado emocional de las pacientes interfieren en mayor medida en la vida social habitual de las mujeres que viven en Lima en comparación con quienes viven en provincia. Esta diferencia podría estar vinculado con las diferencias culturales entre la vida en Lima y provincia. Se puede decir que en provincia se fomenta más el trabajo en grupo y las actividades colectivas mientras que las mujeres en Lima tienden a ser más individualistas, sin embargo es necesario investigar más a fondo el tema para poder llegar a una conclusión.

Por otro lado, las pacientes que tienen antecedentes de cáncer en sus familias presentan mayores niveles de cansancio y fatiga en comparación con las que no tienen algún familiar con cáncer. Respecto a este punto, Laos (2010) encontró que las mujeres que han tenido antecedentes de cáncer en sus familias presentan un mejor funcionamiento físico. Llama la atención que no haya convergencia entre los resultados de ambos estudios a pesar de trabajar con una población con características similares; esto podría estar sugiriendo que las pacientes con cáncer de mama son una población compleja y que el grado de funcionalidad que tienen no solo estaría determinado por variables sociodemográficas o de enfermedad, sino también

por otras variables relacionadas a la personalidad o a los estilos de afrontamiento, como lo sugieren otros estudios.

Finalmente, llama la atención que las mujeres solteras, separadas o viudas obtuvieran puntajes significativamente más altos en el Componente Emocional en comparación con quienes estaban casadas o conviviendo con otra persona. Esto podría deberse a que el cáncer de mama se asocia a temas de feminidad y es por eso que las relaciones de pareja pueden verse afectadas luego de que el cuerpo de la mujer cambia al someterse a los diferentes tratamientos. Se ha encontrado que en las mujeres que habían sido sometidas a una mastectomía, la imagen corporal estaba deteriorada, además, se sentían menos atractivas, no les gustaba su apariencia actual, no se sentían completas y no estaban conformes con la cicatriz de su operación. Todo esto se asociaba con mayor insatisfacción con su sexualidad, poca satisfacción en su relación de pareja y escasa actividad sexual (Engel et al. 2004; Zanapalioglu et al., 2009). Estos hechos que afectan la imagen corporal y la relación de pareja estarían relacionados con la presencia de menores puntajes en el componente emocional en las pacientes que viene con sus parejas.

Antes de pasar al análisis de la variable soporte social, vale la pena recordar que este se refiere a los vínculos interpersonales que establece una persona y a la percepción que tiene de ser miembro de una compleja red social, la cual le puede proveer información, ayuda material, psicológica u otro tipo de ayuda para que pueda mejorar su habilidad para afrontar el estrés (Alarcón, 2006; Cohen, 2004; Taylor, 2007).

A nivel global, el estudio reveló que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama reciben algunas veces soporte social y esta frecuencia con la que reciben el soporte es tal como les gusta. Algo similar fue encontrado por Paredes (2003), en cuya investigación, las participantes presentaban un nivel moderado de satisfacción con el soporte social que recibían.

Al respecto, Aora et al. (2007) explica que las pacientes con cáncer de mama tienden a recibir altos niveles de soporte social en el periodo cercano a su diagnóstico, sin embargo, la provisión de este disminuye a medida que pasa el tiempo. Tomando en cuenta que todas las participantes tenían ya un tiempo con la enfermedad (mínimo tres meses) y que la mayoría de ellas conserva su capacidad para valerse por sí mismas presentando un alto nivel de funcionamiento a nivel físico, el que las pacientes se encuentren satisfechas con la cantidad de soporte que reciben podría estar asociado a que, con el paso del tiempo, se han ido adaptando a su enfermedad y han ido adquiriendo nuevas habilidades para hacerle frente a los efectos negativos

que esta podría tener en sus vidas, sin necesitar ayuda para realizar tareas de autocuidado.

Como se sabe, el diagnóstico de cáncer así como su evolución, actúan como estresores altamente amenazantes, que producen en el paciente un elevado nivel de estrés físico y psíquico (Pocino et al., 2007). Una herramienta que para hacerle frente a tal cantidad de estrés es el soporte social, específicamente el soporte emocional, que tiene como objetivo reducir en forma efectiva la tensión psicológica, producida en tiempos de estrés (Tylor, 2007). Así, luego del diagnóstico el soporte brindado a las pacientes, por parte de sus familiares y amigos, tiende a centrarse en proporcionar soporte emocional e información que las ayude a manejar el malestar emocional producido por la presencia de la enfermedad (Arora et al., 2007). Es por esto que no sorprende que el soporte emocional, en sus dos formas (diario u orientado al problema), sea el tipo de soporte que las participantes reciben con mayor frecuencia y en donde se encuentran niveles elevados de satisfacción.

Se encontró también que las participantes que tienen un trabajo u ocupación fuera de casa se encuentran más satisfechas con el soporte emocional diario que reciben. Es decir, quienes trabajan tienen un mayor sentimiento de ser queridas y establecen lazos más de confianza con otras personas que se muestran afectuosas, amigables y comprensivas con ellas, en comparación con las pacientes que se quedan en casa.

Tomando en cuenta que quienes proveen el soporte social son los miembros de la red de soporte de una persona, la cual está conformada por las diferentes personas con las que uno establece vínculos interpersonales significativos como miembro de un grupo, familiar o social (Nieto et al, 2004), aquellas mujeres que trabajan fuera de casa tienen acceso a una mayor red de soporte al estar en contacto con diversas personas. Por ende, tendrían mayor oportunidad de establecer una mayor cantidad de vínculos positivos con otros y tendrían a la mano una red de soporte más amplia que las pudiera ayudar a lidiar los problemas emocionales causados por la enfermedad y con el estrés que esta genera.

En cambio, las mujeres que se quedan en casa tendrían menor contacto con otras personas y la falta de apoyo social en tiempos de necesidad puede ser muy estresante, especialmente para las personas con una alta necesidad de apoyo social pero con insuficientes oportunidades para obtenerlo (Taylor, 2007). Asimismo, la falta de soporte social, se asocia con la presencia de mayor malestar emocional como resultado de un incremento en el afecto depresivo y de las perturbaciones emocionales (Filazoglu et al., 2007). Esto nos hace pensar que el tener un trabajo y

mantener contactos positivos con personas cercanas y significativas para la paciente podría llegar a actuar como un factor protector que para prevenir el incremento del malestar emocional.

Por otro lado, las pacientes que viven en Lima tienen menores puntajes en la dimensión de funcionamiento social de la calidad de vida, se encontró ellas son quienes se encuentran más satisfechas con el soporte emocional orientado al problema que reciben. Es decir que, si bien ellas no tienen tanto contacto social como las mujeres que viven en provincia se encuentran más satisfechas con el soporte emocional que se le es brindado. Esto nos hace pensar que el soporte emocional que reciben estaría siendo más efectivo para ayudarlas a lidiar con las emociones negativas causadas por la enfermedad. Sin embargo, debido a que el instrumento utilizado para medir el soporte social no mide la efectividad del soporte ni la composición de la red con la que cuenta cada persona, esta idea queda como una hipótesis.

Pasando al análisis del soporte instrumental, que hace referencia a la provisión de ayuda material, información o ayuda física ya sea para realizar alguna tarea de la vida cotidiana o para resolver un problema específico, se encontró que el soporte instrumental orientado al problema es el soporte que las pacientes reciben con menor frecuencia. Es decir, reciben algunas veces ayuda material cuando tienen alguna necesidad o dificultad y la mayoría se encuentra satisfecha con la cantidad de ayuda recibida. Algo similar sucede con el soporte instrumental diario, la mayoría de pacientes lo recibe algunas veces y el nivel de satisfacción con este es alto.

Este dato, sumado con el hecho de que la mayoría de pacientes tienen un nivel adecuado de energía y pueden realizar actividades de autocuidado con normalidad sin que su estado de salud sea un elemento que las limite, nos hace pensar que las participantes no tienen mucha necesidad de este tipo de ayuda. Sin embargo, como no se pudo medir la necesidad de soporte esta idea queda solo como una hipótesis.

A la hora de comparar las subescalas con los datos sociodemográficos, se encuentra que entre las mujeres casadas hay una menor satisfacción con el soporte instrumental diario que reciben en comparación con aquellas que son solteras, separadas o viudas. Sammarco et al. (2010), encontraron algo similar, que entre las pacientes, el soporte brindado por la familia era un poco mayor que el soporte brindado por los esposos. Ellos indican, que la presencia de un cónyuge no garantiza que el apoyo o ayuda recibida sea percibida como significativa y por ende que las pacientes no se encuentren satisfechas. Al respecto explican que esto podría deberse a las características culturales de las mujeres latinas para quienes la familia en

general, y no solo el cónyuge, son la principal fuente de soporte físico, emocional y económico en tiempos de enfermedad.

Se encontró también, que las mujeres que viven solo con sus esposos reciben menos soporte instrumental diario en comparación con aquellas que viven con sus padres e hijos, solo con sus hijos o las que viven con sus esposos y sus hijos. Tal como lo menciona Arora et al. (2007) esto podría deberse a que la provisión continúa de soporte por parte de un cuidador puede producir en él burnout. Esto generaría a su vez que, con el paso del tiempo, la ayuda prestada por ellos se termine o se limite a la provisión de ayuda frente a situaciones específicas de necesidad.

Siguiendo esta línea, una hipótesis para explicar la diferencia encontrada sería que la provisión de ayuda instrumental constante por parte de un mismo cuidador, que no puede ser reemplazado y, que en este caso, sería la pareja, produce en ellos fatiga haciendo que disminuya la frecuencia con la que le brindan ayuda a sus parejas. En esto también podría influir que el hombre, por el tipo de rol que desempeña dentro de la familia, no esté acostumbrado a realizar labores de apoyo. Todos estos factores influirían en que haya una menor satisfacción con la ayuda prestada por parte de la pareja.

Finalmente, en cuanto al área de acompañamiento social, que mide el grado en que las personas se acercan a uno para brindarle apoyo y compañía o para compartir actividades. Se encontró que la mayoría de las participantes reciben algunas veces visitas, llamadas o invitaciones sociales de otras personas y que la mayoría de ellas se sienten satisfechas con el acompañamiento social que reciben. Llama la atención, que entre todas las subescalas de la prueba, esta es en la que se presenta el mayor porcentaje de insatisfacción. Al relacionar estos datos con lo encontrado en la dimensión social de calidad de vida en donde las pacientes refieren que su estado de salud actual no limita mucho su funcionamiento social, podemos deducir que el porcentaje de insatisfacción en un grupo de las participantes podría deberse a que tienen la capacidad para participar de actividades sociales, pero las demás personas no se acercan para visitarlas, conversar con ellas o para salir, con la frecuencia que a ellas les gustaría.

Se encontró también que las mujeres que tienen más de un año con la enfermedad o han sido operadas hace más de un año reciben más acompañamiento social en comparación con las mujeres que han sido diagnosticadas u operadas hace menos de un año. Esto puede deberse a que a pesar del incremento en los índices de supervivencia, el diagnóstico de cáncer de mama sigue generando angustia en la vida de muchas mujeres (Matthews & Cook, 2009), además, la mutilación del propio cuerpo

y la alteración de la imagen corporal debido a los tratamientos, junto con la ansiedad generada frente a la enfermedad y el miedo a la muerte generan estrés psicológico en las pacientes (Zanapalioğlu et al., 2009). Pareciera ser que estos abruptos cambios físicos y emocionales que se dan en la vida de las pacientes a raíz del diagnóstico del cáncer y la cirugía hacen que los vínculos interpersonales que ellas tienen con otras personas tendían a debilitarse en un primer momento para luego ser retomados. A manera de hipótesis se propone que las personas más cercanas de la red serían las que en un primer momento brindan el soporte necesario y a medida que pasa el tiempo y las pacientes se adaptan a los cambios que se han tenido que dar en sus vidas a raíz de la enfermedad, los demás miembros de la red se van acercando a las pacientes visitándolas, llamándolas o saliendo con ellas cada vez con mayor frecuencia.

En cuanto al análisis de las correlaciones, se encontró una correlación mediana y positiva entre el Componente Físico de la calidad de vida y la satisfacción que las mujeres tienen con el soporte social que reciben. Tal como lo dice Sammarco, et al. (2010) la relación positiva encontrada entre el soporte social y la calidad de vida pone en relieve la importancia del soporte social como un recurso beneficioso en el mantenimiento de una buena calidad de vida.

Esta idea se ve corroborada con las correlaciones positivas encontradas entre la satisfacción con el soporte social y ciertas dimensiones de calidad de vida. En las pacientes, una mayor satisfacción con el soporte que reciben está relacionada con una mayor vitalidad, con un mayor funcionamiento físico, con menores limitaciones a la hora de realizar sus actividades cotidianas debido a su estado de salud y menos dolor. Todo esto nos hace pensar que el contar con adecuadas relaciones de apoyo que sean consideradas como satisfactoria y útiles y que además sean percibidas como positivas, ayudan a que las pacientes puedan hacer frente de una mejor manera al estrés producido por el diagnóstico y a los cambios físicos que se dan por el tratamiento del cáncer. De esta manera se limita el desequilibrio producido por la enfermedad beneficiando, así, un buen ajuste a la misma (Friedman et al., 2006; Sammarco et al., 2010). Esto también nos hace pensar que, la satisfacción que tienen las pacientes con el soporte que reciben influye más en su salud física que el soporte que reciben.

Por otro lado, las participantes que reciben mayor provisión de soporte instrumental diario, presentan mayores niveles de vitalidad a la hora de realizar sus actividades cotidianas. Asimismo, quienes presentan mayor satisfacción con el soporte instrumental orientado a resolver algún problema específico, presentan también mayores niveles de vitalidad y menores niveles de dolor. Así, la provisión de soporte

social instrumental puede ayudar a las pacientes en su proceso de recuperación física o para hacer frente a los desafíos físicos producidos por la enfermedad y su tratamiento, lo cual les permite a mantener un nivel aceptable en el área física de la CVRS (Zanapalioglu et al., 2009).

Este hallazgo nos hace pensar que aquellas pacientes que realizan con normalidad las tareas que demanden esfuerzos pequeños o moderados y son ayudadas la hora de realizar tareas que demanden mucho esfuerzo son las que tendrían mayor energía, mientras que aquellas que realizan por sí solas esfuerzos grandes serían las pacientes que tenderían a agotarse con mayor facilidad y serían quienes sientan más dolor. Así, las pacientes que reciben una ayuda instrumental adecuada pueden cumplir diferentes funciones sin cansarse, siendo la provisión de este tipo de ayuda un recurso para afrontar las demandas de la vida en diaria que no puedan satisfacer por sí mismas debido a limitación que pudieran tener a raíz de su estado de salud.

Se encontró también que el participar con mayor frecuencia en actividades sociales como salir con otras personas, participar de reuniones o fiestas, o recibir visitas está asociado con un mayor puntaje en la dimensión de Funcionamiento Social de la calidad de vida. De igual manera, las mujeres que tienen una mayor satisfacción con el soporte de acompañamiento social, tienen mayores puntajes en la dimensión de Funcionamiento Social y Salud Mental. Esto puede deberse a que vínculos positivos y relaciones de cooperación con otros ayudan a evitar el aislamiento social promoviendo una mejor salud mental. En esta línea, se ha encontrado que el que haya familiares y/o amigos que instan al enfermo a que siga con sus relaciones, resulta siendo beneficioso para los pacientes con cáncer, ya que suelen disminuir en ellos los niveles de estrés que experimentan, asimismo, evitan su aislamiento que puede actuar como un estresor por si solo incrementando el afecto negativo y la sensación de soledad que puedan sentir (Cohen, 2004; Torrico et al., 2002).

Las mujeres que reciben un mayor soporte emocional orientado al problema tienen mayores puntajes en la dimensión de Salud Mental y en el Componente Emocional de la calidad de vida. Esto puede deberse a que el soporte emocional provee tranquilidad a la hora de hacerle frente a la conmoción emocional que produce el diagnóstico de cáncer y su tratamiento, haciendo que la paciente se sienta amada y valorada en tiempos de dificultades. El soporte emocional, por lo tanto, actuaría reduciendo el estrés emocional de la paciente y minimizando los trastornos emocionales que afectan la CVRS (Zanapalioglu et al., 2009).

Las pacientes que se encuentran más satisfechas con el soporte emocional diario, son quienes tienen menos dolor y mayores puntajes en el Componente Físico de la calidad de vida. Lo cual nos indica la gran importancia e influencia que tiene el soporte emocional, no solo en el ámbito emocional, sino también en el físico. En esta línea, Arora et al. (2007) encontró que entre los tipos de soporte, el soporte emocional, si es brindado de una manera adecuada por personas significativas, está asociado de manera más consistente a resultados positivos en la salud física de las pacientes, influyendo favorablemente en su estado de salud. Asimismo, Taylor (2003) refiere que un apoyo eficaz, sobre todo de una familia bien constituida, es importante para los pacientes con cáncer porque mejora la adaptación psicológica a la enfermedad.

Finalmente, se encontró que las mujeres que reciben con mayor frecuencia soporte instrumental diario son quienes tienen menores puntajes en la dimensión de Salud Mental. Tal como lo explica Lepore et al. (2008), esto podría deberse a que el recibir soporte social está asociado con un mayor nivel de malestar emocional en pacientes con cáncer siempre y cuando este llegue a deteriorar su autoestima o su capacidad de autonomía. Esto sucede cuando la ayuda recibida enfatiza la vulnerabilidad y dependencia de la paciente. En este sentido, la provisión de ayuda instrumental que es beneficiosa para la calidad de vida, puede llegar a actuar como un elemento negativo siempre y cuando haga que la paciente se sienta inútil al no poder realizar las actividades cotidianas que solían realizar, lo cual le generaría mayor malestar emocional. En otras palabras, el soporte recibido funciona eficazmente para reducir el malestar psicológico cuando no transmite sentimientos de ineficacia a los beneficiarios. Más aún, la autoestima de las pacientes se puede ver incrementada cuando sientan que pueda retribuir la ayuda que reciben, disminuyendo su sentimiento de ineficacia (Lepore et al., 2008).

Todo lo explicado anteriormente apunta a que, si bien la presencia del cáncer es algo estresante, la provisión eficaz de soporte social puede reducir el estrés producido por la enfermedad y ayudar a que las pacientes logren afrontarla de más exitosa, teniendo un mejor desenvolvimiento tanto a nivel físico como a nivel emocional y social. Así, el soporte social actuaría como un amortiguador del estrés fomentando la mantención de una buena salud mental (Matthews & Cook, 2009; Sammarco et al., 2010; Tylor, 2007).

Conclusiones

1. Las participantes tienen una valoración positiva de su calidad de vida tanto en el componente físico como en el mental, lo cual nos indica que hay una adaptación a la enfermedad en la mayoría de pacientes.

2. El que las pacientes mantengan un nivel adecuado de autonomía y puedan realizar sus actividades cotidianas tiene un impacto positivo en su calidad de vida relacionada con la salud.
3. El poder trabajar y mantenerse activas funciona como un recurso que para la preservación de la CVRS y viceversa.
4. 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.
5. El nivel de satisfacción que las pacientes tienen con el soporte que reciben es alto a pesar de que la mayoría de ellas reciben, los tres tipos de soporte, sólo algunas veces.
6. El vivir con otros familiares además del esposo se relaciona con mejores indicadores de CVRS y SS, lo cual apunta a señalar que es posible que la relación de pareja sea la más afectada de todas las relaciones interpersonales con las que cuenta la paciente.
7. La satisfacción con el soporte recibido está relacionado con un mejor funcionamiento de las dimensiones físicas y emocionales de la CVRS.
8. El soporte emocional recibido está más asociado con las dimensiones emocionales de la CVRS (Salud Mental y Componente emocional), mientras que la satisfacción está más vinculado con las dimensiones físicas (Dolor y Componente Físico).
9. La ayuda instrumental que las mujeres reciben puede llegar a tener efectos negativos en su estado emocional siempre y cuando vaya en detrimento de su autoestima o su autonomía.

Limitaciones del estudio y recomendaciones

En primer lugar, el diseño transaccional empleado, impide que se puedan hacer inferencias acerca de los posibles cambios en la interacción de las variables estudiadas a lo largo del tiempo. En tal sentido, se recomienda el uso de diseños longitudinales o un seguimiento a las pacientes con el objetivo de obtener mayor información acerca de la interacción de las variables y poder confirmar si las relaciones encontradas en la presente investigación se mantienen estables a lo largo del tiempo.

En segundo lugar, al ser ésta una investigación de tipo correlacional, los resultados obtenidos no permiten establecer nexos causales entre las variables de

estudio, por lo que se dificulta establecer, con seguridad, el sentido de la relación que existe entre ellas.

Por otro lado, el instrumento de soporte social utilizado representa una limitación en tanto solo mide tres tipos del soporte social en términos del soporte recibido y la satisfacción con el mismo, sin tomar en cuenta otros aspectos del soporte social que, según las investigaciones revisadas, también tienen relación con la CVRS, como por ejemplo necesidad del soporte, el soporte percibido o la disponibilidad del mismo. Por esta razón, se recomienda que, en futuras investigaciones, se utilicen instrumentos más completos que midan los diferentes tipos y funciones del soporte social, tomando en cuenta también las características de la red de soporte con la que cuenta una persona.

Otra limitación es el tamaño de la muestra, el cual resulta pequeño en comparación a la mayoría de instigaciones reportadas por la literatura. Por esta razón, se recomienda que en futuras investigaciones se utilice una muestra más grande para otorgar mayor representatividad y validez al los nuevos hallazgos que se puedan encontrar.

Finalmente, se recomienda que se siga investigando sobre este tema debido a que estudios que relacionan la calidad de vida relacionada con la salud con el soporte social dan luces sobre la forma en que se puede brindar a las pacientes con cáncer de mama herramientas que les permitan afrontar de una manera más efectiva las diferentes dificultades que trae consigo el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, con el objetivo de prevenir su posible aislamiento y evitar que vean interrumpido su proyecto de vida a raíz de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2006). Entorno psicosocial en los pacientes con cáncer. En: *Manual de psicooncología*, pp.77-88. Bogotá: JAVECGRAF
- Alonso, J. (1999). Cuestionario de salud SF-36: versión española 1.4. Barcelona: I.M.I.M.
- Alonso J., Prieto L., Antó J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), pp. 771-776.
- American Cancer Society (2009). *Cancer facts & figures 2009*. Atlanta: American cancer society.
- American Cancer Society (2010). *Breast cancer facts & figures 2009-2010*. Atlanta: American cancer society.
- American Joint Committee on Cancer (2009). *What is cancer staging?*. [En Red] Disponible en: <http://www.cancerstaging.org/mission/whatis.html> 09/05/10
- Arora, N., Finney, L., Gustafson, D., Moser, R., Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, pp, 474–486.
- Cassaretto, M., Paredes, M. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de psicología*, 24 (1), pp. 109-142.
- Cantú, R., Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y salud*, 19 (1). pp. 21-32.
- Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y., Mortimer, J. (2005). Change in Need for Psychosocial Support for Women with Early Stage Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), pp. 65-77.
- Chimpén, C., Llorca, G., Díez, M. (2007). Apoyo psicosocial en pacientes de cáncer digestivo. *Perspectivas en Psicología*, Vol 4 (1). pp. 82-87.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59 (8), pp. 676-684.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J., Gutiérrez, C., Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5 (3), pp. 478-499.

- Cruzado, J. (2009). La intervención psicológica en cáncer de mama, En: Oblitas, L. y Palacios, X. (edit.). *Psicooncología: Intervención psicológica en cáncer*. Psicom editores.
- Cubrerros, C. (2006). Calidad de vida en el paciente oncológico. En: Alarcón, A. *Manual de psicooncología*, pp. 111-127. Bogotá: JAVECGRAF
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger, A., Eckel, R., Sauer, H., Hölzel, D. (2003). Predictors of Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Acta Oncologica*, 42, (7), pp. 710-718.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger, A., Eckel, R., Sauer, H., Hölzel, D. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10 (3), pp. 223-231.
- Filazoglu, G., Griva, G. (2007). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (5), 559-573.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M., Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, pp. 595-603.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., Wichstrom, L., Glennaê, A. (2001). Social support in female patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. *Psychology, health & medicine*, vol. 6 (4), pp. 429-439
- Gargurevich, R., Chaparro, C., Luyten, P. (2007). Adaptación y propiedades psicométricas de cuestionarios: Transacciones de soporte social (CTSS) y satisfacción de soporte social (CSSS). *Revista de psicología*, vol.9, pp. 92-103.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riverozs, M., Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20. pp. 50-75.
- Gotay, C. (2009). Quality-of-life assesment in cancer. En Miller, S., Bowen, D., Croyle, R. y Rowland, J. *Handbook of cancer control and behavioral science: A resource for researchers, practitioners and plicymakers*, pp.115-128. Washington, DC: American Psychological Association.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ed. México D.F: McGraw-Hill.
- Hernández, J. y Moreno, C. (2009). Manejo del dolor y otros síntomas en el paciente con cáncer. En: Oblitas, L. y Palacios, X. (edit.). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Psicom editores

- Hirschman, K., Bourjolly, J. (2005). How do tangible supp.orts impact the breast cancer experience?. *Social Work in Health Care*, 41(1). pp. 17-32.
- INEN (2006). *Estadísticas-Datos Epidemiológicos* [En red] Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>. 09/05/10
- INEN (2009). Indicadores anuales de gestión INEN - 2008. [En red] Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadindges2008.htm>. 05/05/10
- Instituto Nacional del Cáncer (2009). *Cáncer de seno (mama): Tratamiento* [En red] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient> 09/05/10
- Janz, N., Mujahid, M., Chung, L., Lantz, P., Hawley, S., Morrow, M., Schwartz, K., Katz, S. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women`s Health*, 16 (9). pp. 1348-1361.
- Dieter Ho" IzelKendall, A., Mahue, M., Carpenter, C., Ganz, P., Bernstein, L. (2005) Influencie of excercise activity on quality of life in long-term brast cáncer survivors, vol 14 (2), pp. 361-372.
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Lepore, S., Glaser, D., Roberts, J. (2008). On the positive relation between received social supp.ort and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 17. pp. 1210–1215.
- Lim, J., Yi, J., Zebrack, B. (2008). Acculturation, social supp.ort, and quality of life for Korean immigrant breast and gynecological cancer survivors. *Ethnicity & Health*, 13 (3). pp. 243-260.
- Lugo, L. García, H., Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* vol. 24 (2), pp, 37-50.
- Matthews, E., Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social supp.ort in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology* 18. pp. 716–726.
- Mendoza, N. (2007). *Efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

- Michalec, B. (2005). Exploring the multidimensional benefits of breast cancer support groups. *Journal of psychosocial oncology*, 23(2/3). pp. 159-178.
- Morrow, G., Roscoe, J., Mustian, K., Hickok, J., Ryan, J., Matteson, S. (2009). Behavioral Interventions for side effects related to cancer and cancer treatment. En Suzanne, M., *Handbook of cancer control and behavioral science: a resource for researchers, practitioners, and policy makers*. Washington DC: American Psychological Association.
- Nausheen, B., Kamal, A. (2007) Familial social support and depression in breast cancer: An exploratory study on a Pakistani sample. *Psycho-Oncology*, 16, 859-862.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, A. y Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Paredes, M. (2003). Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Pernanyer, C., Brotons, C., Ribera, A., Alonso, J., Cascant, P., Moral, I. (2001) Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. *Cardiopatía Isquémica*, 54 (5), pp.607-616.
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L., Rivas, L., Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4 (1). pp. 59-73.
- Rincón, H. (2006). Psiconeuroinmodulación y cáncer. En: Alarcón, A. *Manual de psicooncología*. Bogotá: JAVECGRAF
- Rodríguez, J., García, J., Terol, M. (2009). La calidad de vida en enfermos de cáncer. En: Oblitas, L. y Palacios, X. (edit.). *Psicooncología: Intervención psicológica en cáncer*. Psicom editores.
- Safaei, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee H., Pourhoseingholi M. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45 (3), pp. 107-111.
- Salas, C., Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panameña Salud Publica*, 28(1), pp. 9–18.

- Salas, G. (2009). Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Sammarco, A., Konecny, L., (2008). Quality of life, social supp.ort, and uncertainty among latina. *Oncology Nursing Forum*, 35 (5). pp. 844-849.
- Sammarco, A., Konecny, L., (2010). Quality of life, social supp.ort, and uncertainty among latina and caucasian breast cancer survivors: A comparative study. *Oncology Nursing Forum*, 37 (1). pp. 93-99.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceotuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2). pp. 9-21.
- Simon, H., Zieve, D. (2009). Breast cáncer. *Breast cáncer (A.D.A.M.)*, 6, 1-16.
- Soto, R. (2011). Sintomatología depresivay afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Suurmeijer, T., Doeglas, D., Briançon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R., van den Heuvel, W. (1995). The measurement of social support in the 'European research on incapacitating diseases and social support: The development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). *Social Science & Medicine vol. 40 (9)*, pp. 1221-1229.
- Suurmeijer, T., Doeglas, D., Briançon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R., van den Heuvel, W. (1996). An international study on measuring social support: Interactions and satisfaction. *Social Science & medicine*, 43 (9), pp.1389-1397.
- Suurmeijer, T., Van den Heuvel, W., Krol, B., Doeglas, D., van den Sonderen, W., Sanderman, R. (2005). The relationship between personality, supportive transactions and support satisfaction, and mental health of patients with early rheumatoid arthritis. Result from te dutch part of the eurodiss Study. *Social Indicators Research*, 73 (2), pp. 179-197.
- Terol, M., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J., Neipp., M., Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16 (2). pp. 111-122.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrendrenner como marco teórico de la psicoonlogía. *Anales de psicología*, 18 (1). pp. 45-59.

- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. 5ta edición. Boston: McGraw-Hill
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 7ma edición. México: McGraw-Hill International.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., Zapata, M. (2005a). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15 (2), pp. 207-220.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamyó, R., Vásquez, A., Contreras, F., et al. (2005b). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica. Sociedad de psicología clínica*, 23 (2), pp. 65-74.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F., Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13 (1), pp.15-31.
- Zanapalioğlu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., Tarcan, E., (2009) Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of breast health*, 5 (3). pp. 152-156.
- Zúñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B., Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, Vol. 41 (2), pp. 110-118.



Anexo A. Instrumentos

Anexo A1.

Consentimiento Informado

Yo..... (Participante)

Estoy siendo invitada a participar en una investigación realizada por Judith Torres, estudiante de psicología.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo considere conveniente. Comprendo que todos los datos que ofrezco serán manejados en absoluto anonimato, por lo tanto, no habrá manera de identificarme ya que no se revelará mi identidad en ningún momento.

Estoy informado que no se me podrá brindar ningún tipo de resultado.

Así, presto libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha:

Firma del participante

Firma del evaluador

ANEXO A2

Ficha Demográfica

DATOS GENERALES

Edad: Estado civil:
 Lugar de nacimiento:
 Lima Provincia (tiempo en lima).....
 Lugar de residencia:
 Lima Provincia
 Ocupación: Nivel educativo:
 Personas con las que vive:
 Personas a quienes acude si necesita ayuda:.....

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico :.....
 Fecha del diagnóstico:
 Estadio de la enfermedad:
 Presencia de recaída: Si No

Tratamientos recibidos:
 Tratamiento 1:
 Fecha de inicio:..... Fecha de fin:
 Tratamiento 2:
 Fecha de inicio:..... Fecha de fin:
 Tratamiento 3:
 Fecha de inicio: Fecha de fin:.....
 Realización de Cirugía: Si No
 Fecha de la cirugía: Tipo de cirugía:
 Presencia de otra enfermedad aparte del cáncer:
 Si No
 Cual:
 Antecedentes de cáncer en la familia : Si No

Anexo A3

Cuestionario de Transacciones de Soporte Social (CTSS) y Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social (CSSS).

Instrucciones: A continuación le haremos una serie de preguntas acerca de su relación con otras personas. Cada pregunta tiene dos partes, la parte **a** y la parte **b**. Conteste las dos partes de la pregunta en una escala **menor o mayor frecuencia** en la parte **a**, y **mayor o menor agrado** en la parte **b**. Tome en cuenta que las dos partes de la pregunta son diferentes y que las opciones de respuesta también son diferentes.

1a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas cálidas y afectuosas con usted?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
1b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
2a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas son amigables con usted?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
2b. Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
3a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas se compadecen de usted?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
3b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
4a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas se muestran comprensivas con usted?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
4b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
5a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas	Nunca o casi	Algunas veces	Con	Con bastante

están dispuestas a escucharlo cuando lo necesita?	nunca		frecuencia	frecuencia
5b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
6a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas lo hacen sentir cómodo?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
6b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
7a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas le dan una señal para indicarle lo que debería hacer (Ejemplo, un codazo leve, hacer un gesto con la cara, una patadita debajo de la mesa, etc.)?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
7b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
8a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas hacen cosas para animarlo?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
8b. Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
9a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas lo confortan?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
9b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
10a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas le dicen que siga adelante?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia

10b. Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
11a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que puede confiar en otras personas?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
11b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
12a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas lo visitan por sorpresa? (Para hacerle una visita agradable).	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
12b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
13a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas lo llaman para conversar un rato?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
13b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
14a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que usted hace cosas como caminar, ir al cine, hacer ejercicio o ir de compras con otras personas?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
14b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
15a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas lo llaman para participar en sus actividades?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
15b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta

16a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que usted sale con otras personas sólo por el gusto de hacerlo?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
16b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
17a. ¿Le ocurrido alguna vez que las personas lo ayudan a hacer trabajos difíciles?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
17b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
18a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que la gente le presta cosas pequeñas como azúcar o un desentornillador u otras cosas?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
18b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
19a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas le prestan pequeñas cantidades de dinero?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
19b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
20a. ¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas le dan información o consejo?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
20b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
21a. Cuando usted lo necesita, ¿las personas lo	Nunca o casi	Algunas veces	Con	Con bastante

ayudan si usted los llama inesperadamente?	nunca		frecuencia	frecuencia
21b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
22a. ¿Las personas le prestan cosas valiosas si es necesario?	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
22b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta
23a. ¿Las personas lo ayudan cuando lo necesita? Por ejemplo cuando está enfermo, cuando tiene problemas de transporte o cuando necesita compañía para ir a alguna parte.	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con bastante frecuencia
23b. ¿Es esto justo como usted quiere que sea?	Mucho menos de lo que me gusta	Menos de lo que me gusta	Como me gusta	Más de lo que me gusta



ANEXO B. Análisis Estadístico

Tabla 1. Prueba de normalidad para calidad de vida

	Kolmogorov-Smirnov	
	Z	Sig.
Funcionamiento Físico	1.296	0.07
Rol físico	1.604	0.012
Rol emocional	2.544	0.00
Energía/ Fatiga	1.082	0.192
Bienestar emocional	0.577	0.893
Funcionamiento Social	1.1481	0.025
Dolor	1.074	0.199
Salud General	0.966	0.309
Salud Física	0.595	0.871
Salud Emocional	0.741	0.643

N=58

Tabla 2: Prueba de normalidad para soporte social

	Kolmogorov-Smirnov	
	Z	Sig.
DES	0.947	0.331
DES-SAT	1.709	0.006
PES	0.854	0.460
PES-SAT	1.626	0.010
SC	0.717	0.683
SC-SAT	1.526	0.019
DIS	1.031	0.238
DIS-SAT	2.003	0.001
PIS	1.271	0.079
PIS-SAT	2.987	0.000

N=58