

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y APOYO SOCIAL
PERCIBIDO EN HOMBRES CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORA

CLAUDIA AURORA INCALUQUE CONDORI

ASESORA

MÓNICA DE LOS MILAGROS CASSARETTO BARDALES

Lima, Setiembre, 2020

A Antony, que marcó mi vida en pediatría.

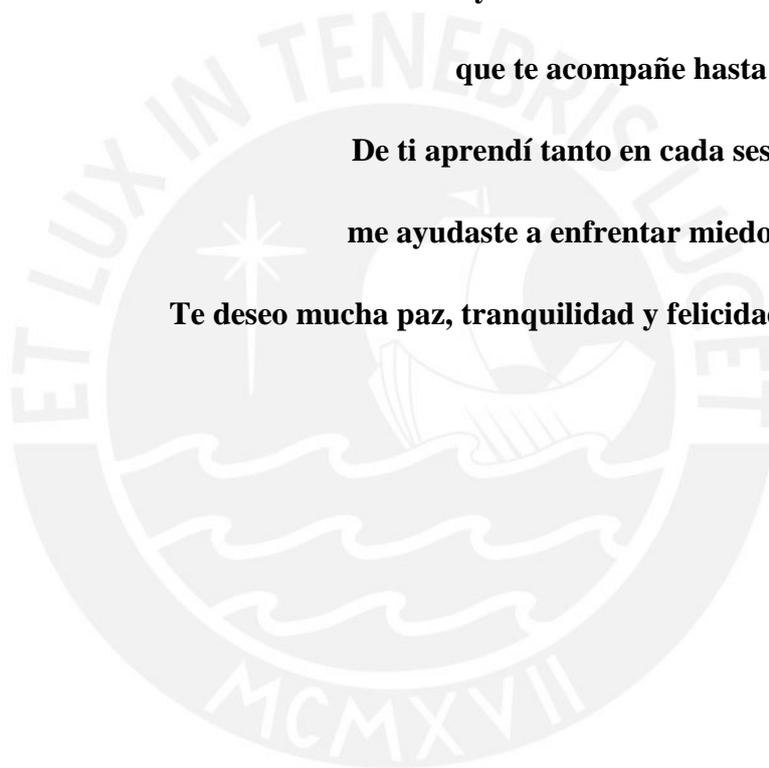
**Llenaste mis días de alegría, amor, aprendizaje
y perseverancia hasta en los momentos difíciles.**

**Agradezco a Dios, la vida y el universo que
me permitió conocerte.**

**A Juan, a quien conocí en mis primeros días
del internado y está en el cielo. Gracias por permitir
que te acompañe hasta tus últimos días.**

**De ti aprendí tanto en cada sesión que tuvimos,
me ayudaste a enfrentar miedos y asumir retos.**

Te deseo mucha paz, tranquilidad y felicidad en dónde estés.



Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por ser ese ser que siempre está conmigo. Por escucharme cada vez que necesitaba contar lo que me pasaba, por tener una familia y amigos que me quieren. Por darme a cada experiencia y cada persona que en su momento necesite para seguir aprendiendo y creciendo. Por confiar en mí y darme la fuerza para cada situación difícil que se me presentaba; y en estos momentos, en los que no esperé pasar un 2020 así. Le agradezco por tener salud y vida para cumplir cada una de las metas que tengo y ayudar a los demás a través de mi profesión y así vivir una vida con sentido.

A mi mamá, quien es la persona que más amo en esta vida. Por ese amor y apoyo incondicional que siempre me ha brindado, por el aliento y la confianza de que puedo lograr lo que yo me proponga mientras lo haga con pasión, cariño, esfuerzo y perseverancia. También, por presionarme cuando a veces quería desistir o me bajoneaba. Ella siempre estuvo ahí para recordarme que yo podía hacerlo; y que tengo las capacidades para lograr lo que me proponga.

A mi papá, quien apoyó mi decisión de estudiar psicología. Todavía recuerdo sus palabras en las que decía que estudie lo que me haga feliz. Gracias por el esfuerzo de pagarme esta carrera en esta universidad y motivarme a tener los sueños más grandes y volar a cumplirlos.

A mi hermano, quien el mejor compañero en este proceso para motivarme a no rendirme y salir adelante. Gracias por esas conversaciones, por escucharme en cada momento difícil que pasé y ser ese hombro también para llorar y desahogarme. Gracias por compartirme tus frases motivadoras y engreírme con salchipapas. Te quiero mucho hermanito.

A Mónica, quien me acompañó en gran parte de mi proceso de tesis. Siento un profundo respeto y admiración por Ud. como profesional y como asesora. Gracias por las recomendaciones, por las asesorías, por darse el tiempo y la paciencia de responder cada una de mis dudas. Por enseñarme que si quieres que algo salga bien, es necesario que des el máximo esfuerzo e investigues. Asimismo, gracias por devolverme la confianza que necesitaba para terminar mi tesis; y también por presionarme y regañarme sabiamente cuando lo necesitaba.

A mis mejores amigas de la vida: Marisol, Pamela, Talita, Marisela y Stephie. De verdad, muchas gracias chicas, las quiero demasiado. Más que amigas somos una familia, somos hermanas. Gracias Mari por ser mi alma gemela, por escucharme y acompañarme en cada una de mis locuras y también por las asesorías de estadística que me diste. Gracias Pame, por esa sabiduría que tienes para aconsejar, escuchar y acompañar. También, por hacerme reír con tus ocurrencias, stickers y memes, que me alegran en cada momento. Gracias Tali, porque también has estado ahí para escucharme cada vez que lo necesité. Gracias por esa chispa que tienes para dar comentarios graciosos. Tuvimos la oportunidad de conocernos más de lo que ya nos conocíamos y fue increíble, porque también me dabas esa confianza para no rendirme. Gracias Stephie, por ser la más madura de todas y el ejemplo de que aunque haya un momento difícil, todo se puede lograr. Te admiro mucho. Gracias Maris, por transmitirme la confianza y también el ejemplo de que cuando te apasiona algo, hay que seguir estudiando y esforzándose para dar lo mejor al otro.

A mis compañeras y supervisores del INEN. Ese año ahí fue increíble, conocí a personas apasionadas por lo que hacen, dispuestas a dar lo mejor de sí cada día. Gracias por las celebraciones cumpleaños, las charlas con canchita, las supervisiones y porque fuimos un bonito grupo que nos acompañamos en todo momento.

Finalmente, a Moisés, quien es uno de mis mejores amigos y un ser humano maravilloso, quien siempre ha estado ahí para escucharme y estar conmigo (en los momentos alegres y también difíciles). Desde que te conocí, nos hicimos grandes amigos y eres otra de las personas que me inspira a seguir mis sueños. Gracias y sabes que también te quiero.

Tabla de contenido

1.Introducción	1
2.Método	11
Participantes	11
Medición.....	11
Procedimiento.....	14
Análisis de datos.....	15
3. Resultados	17
4.Discusión	21
5. Referencias	29
6. Apéndices	43
Apéndice A: Consentimiento informado.....	43
Apéndice B: Características sociodemográficas y de enfermedad	44
Apéndice C: Consistencia interna SF-36.....	45
Apéndice D: Consistencia interna MOS.....	47
Apéndice E: Ficha de datos	48
Apéndice F: Análisis de normalidad	51

Resumen

El estudio tuvo como objetivo general investigar la relación entre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y apoyo social percibido en 60 hombres con cáncer de próstata que se atienden en un hospital especializado en oncología de Lima, con edades entre los 50 y 80 años ($M=67.67$, $DE=7.98$). Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 versión 1 (Ware & Sherbourne, 1992) y el Estudio de desenlaces médicos de apoyo social percibido MOS creado por Sherbourne & Stewart (1991). En CVRS, se halla que tanto el componente físico como el componente mental; y las dimensiones de ambos tienen puntajes por encima de 50. Asimismo, se encuentra que los hombres en estadio clínico II presentan mayores puntajes en la dimensión de dolor corporal que los que están en estadio clínico III. Por otra parte, se halla que aquellos hombres que tienen pareja presentan mayores puntajes en el componente físico y en las dimensiones de función física, rol físico y dolor corporal en comparación de los que no tienen pareja. En relación al objetivo general, se encuentra que el apoyo emocional/informacional se relaciona con el componente mental ($r=.27$, $p <.05$), la dimensión de salud mental ($r=.39$, $p <.01$) y la dimensión de vitalidad ($r=.32$, $p <.05$). Asimismo, el apoyo afectivo se relaciona con el componente mental ($r=.40$, $p <.01$) y las dimensiones de función social ($r=.29$, $p <.05$), rol emocional ($r=.29$, $p <.05$), salud mental ($r=.47$, $p <.001$) y vitalidad ($r=.34$, $p <.01$) respectivamente. Además, se realizó un análisis de regresión lineal en el que se encontró que el apoyo afectivo tiene un efecto estadístico en el componente mental ($R^2=.14$, $f=5.69$, $p <.01$).

Palabras clave: Calidad de vida relacionada a la salud, apoyo social percibido, cáncer de próstata, apoyo afectivo y pareja.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between quality of life related to health (HRQOL) and perceived social support in 60 men with prostate cancer who are treated at a hospital specializing in oncology in Lima, with ages between 50 and 80 ($M=67.67$, $SD=7.98$). The instruments use are SF-36 health survey version 1 (Ware & Sherbourne, 1992) and the MOS Questionnaire for Social Perceived Support in Primary Care created by Sherbourne & Stewart (1991). The results evidence that physical component, mental component and the dimensions of both have scores above 50. Also, men in clinical stage II have higher scores in the dimension of body pain than men in clinical stage III. Furthermore, men who have couple have higher scores in physical component and in the dimensions of physical function, physical role and body pain than those who have not couple. As a main result, emotional/informational support is related with mental component ($r=.27$, $p <.05$), mental health dimension ($r=.39$, $p <.01$) and vitality dimension ($r=.32$, $p <.05$). Additionally, affective support is related with mental component ($r=.40$, $p <.01$) and the dimensions of social function ($r=.29$, $p <.05$), emotional role ($r=.29$, $p <.05$), mental health ($r=.47$, $p <.001$) and vitality ($r=.34$, $p <.01$). In addition, a lineal regression analysis was performed and it found that affective support has statistical effect in mental component ($R^2=.17$, $F= 5.69$, $p <.01$).

Keywords: Quality of life related to health (HRQOL), perceived social support, prostate cancer, affective support and couple.

A nivel mundial, el cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuente en la población masculina (American Cancer Society, 2016; Bray et al., 2018; Grupo español de pacientes con cáncer [GEPAC], 2018). Actualmente, se han diagnosticado 174 650 casos nuevos de cáncer de próstata y reportado 31 620 muertes debido a esta neoplasia (American Cancer Society, 2019), mientras que en España se identificaron 39 394 casos nuevos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2019). En el Perú, el cáncer de próstata es uno de los más usuales, encontrándose una tasa de prevalencia de 150 132 y una tasa de incidencia de 47.8 por 100 000 (International Agency for Research on Cancer, 2019).

Según el INEN (2017) se encontraron 592 casos nuevos ese año en el Perú. El cáncer de próstata presenta una incidencia que va en aumento, lo cual se asocia con el incremento de la esperanza de vida y la longevidad (Pow-Sang & Huamán, 2013; Ramos, 2017). El riesgo de esta neoplasia ha aumentado entre los hombres a partir de los 50 años y el 80 % de los casos se diagnostica desde los 65 a más (American Cancer Society, 2016b).

Las campañas de tamizaje son esporádicas, lo cual dificulta la detección de esta enfermedad en estadios tempranos. Esto representa un problema de salud pública por el alto costo del tratamiento en estadios avanzados, la disminución de la sobrevida, además de menor calidad de vida, menor probabilidad de curación y elevada mortalidad. Por ello, enfocarse en el cáncer de próstata es importante, ya que es una realidad en el medio peruano y será más frecuente en el futuro inmediato debido al incremento de personas adultas mayores (Pow-Sang & Huamán, 2013).

El cáncer de próstata se origina en los tejidos de este órgano, el cual es una glándula del aparato reproductor masculina que se ubica por debajo de la vejiga y delante del recto. Su tratamiento dependerá del estadio en el que se encuentre. Si se encuentra en el estadio I o II, los tratamientos más frecuentes son la prostatectomía y la radioterapia. En el caso de los estadios III, en donde el cáncer de próstata está localmente avanzado, el tratamiento es radioterapia y la terapia hormonal. Con respecto al estadio IV, el tratamiento que se sigue es la terapia hormonal (Benítez et al., 2018; Díaz, 2014; Liaw & Oh, 2018)

A nivel biológico, cada uno de estos tratamientos genera efectos secundarios. La cirugía y la radioterapia son los que suelen generar efectos más duraderos. En el caso del primero, suelen pasar entre 3 a 4 meses desde el momento del diagnóstico y son los

primeros 3 meses después de esta en el que los efectos post-tratamiento se intensifican (Fulla et al., 2014; Rondorf-Klym & Colling, 2003). La radioterapia puede durar hasta un mes y medio; y son los 3 meses posteriores a esta cuando aparecen ciertos síntomas como efectos secundarios (Fernández, Pascual & García, 2004). Entre los principales problemas se encuentra la incontinencia urinaria, la disfunción eréctil, fatiga, impotencia e infertilidad (Oblitas & Palacio, 2009; Picket, Watkins, Joseph & Burggraf, 2000; Liaw & Oh, 2018)

Además de estos cambios, los pacientes con cáncer de próstata experimentan consecuencias psicológicas. En el diagnóstico, antes de este (pruebas de descarte) y hasta después del tratamiento, surgen síntomas de malestar emocional clínicamente significativos (miedo, ansiedad, ira, temores por la discapacidad o dependencia) los cuales pueden producir problemas depresivos y/o ansiosos (Chambers, Zajdlewicz, Youlden, Holland & Dunn, 2014; De Sousa, Sonavane & Mehta, 2012; Macefield et al., 2010; Perry, Hoerger, Silberstein, Sartor & Duberstein, 2018). Así, se produce una etapa de crisis marcada por el desequilibrio físico, social y psicológico, pues comienzan a sentir una serie de pérdidas y cambios en el estilo de vida, además de que hay sucesos estresantes asociados a esta neoplasia (Appleton, 2015; Chambers et al., 2014; Fan, 2002).

La masculinidad es un aspecto importante en ellos, debido a que hay sentimientos de vergüenza asociados a los cambios de la imagen del cuerpo, la autoestima y efectos en la sexualidad del hombre (Araujo & Zago, 2019; Irvin, 2008; Oraá et al., 2013; Stapleton & Pattison, 2015; Thomas, Wootten, Robinson, Law & McKenzie, 2018). El impacto por la incontinencia urinaria e intestinal altera la calidad de vida y afecta las dimensiones físicas, funcionales y psicosociales, ya que los perciben como una forma de humillación a su imagen masculina y funcionalidad, debido al temor de mancharse, oler o tener que llevar pañales, por lo que sienten angustia y reducen su contacto social (Novoa, Cruz, Rojas & Wilde, 2003; Oraá et al., 2013; Santos, et al., 2013; Thomas et al., 2018; Rivero & Berríos, 2016).

Los hombres sexualmente activos antes de la enfermedad, son los que mayormente sufren un fuerte impacto por el cambio en su vida sexual. Sienten cansancio, apatía, desmotivación para realizar actividades y disminución de la energía y miedo a la impotencia, esterilidad, pérdida del papel masculino, la sensación de estar totalmente impotentes y no saber cómo acercarse a la pareja (Appleton et al., 2015; Choi, Mulhall & Roth, 2007; Klaeson, Sandell & Berterö, 2013; Laursen, 2017; Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008; Ridout, Emberton & Moore, 2016; Santos et al., 2013;

Vinaccia, Fernández, Sierra, Monsalve & Janeth, 2005). Por ende, los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer de próstata presentan un malestar emocional que marca un desequilibrio físico, psicológico y social (Pinheiro de Oliveira, Conceição, Ramos, Batista & Alves, 2014). Es por ello, que la calidad de vida toma gran importancia en su manejo (Appleton et al., 2015; Fan, 2002; Taylor, 2007).

En las enfermedades crónicas, hay una ruptura con una de las dimensiones que constituye la calidad de vida: la pérdida de la salud. Por lo tanto, varios autores optan por usar el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Kaplan & Busch, 1982; Scharzmann, 2003; Schumaker & Naughton, 1996; Testa & Simonson, 1996). Se la define como la valoración que hace una persona del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un determinado momento. Se considera el propio criterio del sujeto y refleja el grado o nivel de satisfacción y bienestar con una situación personal a nivel fisiológico, psicológico, emocional y social (Patrick & Erickson, 1993; Schwartzmann, 2003; Soto & Failde, 2004; Schumaker & Naughton, 1996).

La CVRS es un concepto multidimensional que está conformada por el bienestar físico, emocional psicológico y social percibido. Schumaker y Naughton (1996) mencionan que las dimensiones más evaluadas de la salud física son salud general, funcionamiento físico, dolor corporal y las limitaciones en los roles como el trabajo, estudio o vida cotidiana a causa de la salud física. Además, se ha incluido dimensiones para evaluar salud mental como bienestar emocional, energía, fatiga, limitaciones del rol debido a problemas emocionales y funcionamiento social. Al momento de estudiar el concepto, se debe considerar el diagnóstico, los síntomas (ya sean causados por la misma enfermedad o el tratamiento), el funcionamiento fisiológico y físico del paciente, los factores psicológicos y cognitivos, el ámbito social, así como las percepciones existentes con respecto a la salud. (Oblitas, 2004; Schwartzmann, 2003; Schumaker & Naughton, 1996; Testa, 1996; Vilagut et al., 2005). Así, la CVRS es un proceso cambiante y dinámico que contiene interacciones constantes entre la persona y el ambiente. Además, depende del aspecto cultural, la época y la sociedad determinada (Delgado et al., 2011; Sánchez, Sierra & Martín, 2015; Schwartzmann, 2003).

La CVRS en hombres con cáncer de próstata se ha investigado a nivel internacional (Jayadevappa, Chhatre, Whittington, Bloom & Wein, 2006; Kobuke et al., 2009; Mols, Van de Poll-Franse, et al., 2006; Vanagas, Mickeviciene & Ulys, 2013 Yao-Lin et al., 2015). Aquí se encuentra que aquellos hombres que habían recibido prostatectomía radical presentaban mayores puntajes en las dimensiones de salud general,

función física, rol emocional y salud mental que los que había recibido braquiterapia (Jayadevappa, Chhatre, Whittington, Bloom & Wein, 2006; Kobuke et al., 2009; Mols, Van de Poll-Franse, et al., 2006; Vanagas, Mickeviciene & Ulys, 2013 Yao-Lin et al., 2015).

A nivel general, se halla diferencias según componentes y dimensiones Vinaccia et al., (2006) realiza una investigación en 30 hombres con hiperplasia prostática. Se encuentran los promedios más bajos en las dimensiones de salud general, vitalidad, dolor corporal y rol físico. Esto significa que ellos perciben que la enfermedad y el dolor interfieren en actividades de la vida cotidiana (trabajo y hogar). Además, experimentan sensación de agotamiento, cansancio y valoración negativa del estado de salud actual. Asimismo, se encuentra que la dimensión de función física tiene el puntaje más alto, por lo que estos pacientes no presentan alguna dificultad en actividades físicas y de cuidado (caminar, subir escaleras, asearse, alimentarse, etc.) que impliquen un esfuerzo moderado o intenso.

Por otra parte, Chin-Hui et al. (2019) desarrolla un estudio con 48 hombres con cáncer de próstata. Ellos encontraron que aquellos que tenían mejor puntaje en el componente físico reportaban mejor estado de salud general, más afecto positivo y menos ansiedad específica relacionada a la enfermedad.

Respecto al tipo de tratamiento, Jayadevappa et al. (2006) realizan un estudio longitudinal en el que se evalúa la CVRS en hombres que han recibido prostatectomía radical y braquiterapia. Se encuentra que los primeros tienen mayores puntajes en las dimensiones de función física, rol emocional, y salud general a diferencia de los segundos. Kobuke et al. (2009) realizan un estudio prospectivo en hombres que han recibido como tratamiento prostatectomía radical y braquiterapia a los 3 meses, 6 meses y 12 meses. Las dimensiones de rol físico y dolor corporal tenían menores puntajes a los 3 meses después de la cirugía en los pacientes que habían recibido prostatectomía radical.

Por otro lado, los hombres que habían recibido prostatectomía radical tenían mayores puntajes en la dimensión de salud general a los 12 meses después del tratamiento que los que habían recibido braquiterapia luego del mismo tiempo. Asimismo, las dimensiones de función social y rol emocional presentaban menores puntajes a los 3 meses después de la cirugía en hombres que habían recibido prostatectomía radical, a comparación de los que les dieron braquiterapia. Además, los pacientes con prostatectomía radical tenían mayores puntajes en la dimensión de salud mental a los 6 y

12 meses después del tratamiento que los que habían sido tratados con braquiterapia (Kobuke et al. 2009)

Mols et al. (2006) estudian a hombres con cáncer de próstata que tienen entre 5 a 10 años después de su diagnóstico y los comparan con la población normativa de Holanda. Señalan que los que los pacientes que habían recibido prostatectomía radical tenían mayores puntajes en la dimensión de salud física que los que habían recibido como tratamiento la “espera vigilante” y la radioterapia. Además, aquellos que habían sido tratados con terapia hormonal tenían los más bajos puntajes en la dimensión de salud física.

Sureda et al. (2019) realizan una investigación en hombres con cáncer de próstata de estadios localizados que han recibido diferentes tipos de tratamiento (vigilancia activa, prostatectomía radical, radioterapia externa y braquiterapia). Se encontró que los que habían recibido vigilancia activa tenían menores puntajes en la dimensión de salud física, dolor corporal y vitalidad.

En relación a las variables asociadas a la enfermedad, a nivel internacional, se encontró que los hombres en estadio IV tenían una peor calidad de vida y menores puntajes en las dimensiones físicas (dolor, malestar, fatiga, energía, constipación, movilidad y sueño) a diferencia de aquellos con cáncer de próstata localizado (estadios I y II) (Vanagas, Mickeviciene, & Ulys, 2013; Yao-Lin et al., 2015). Por otra parte, Chin-Hui et al. (2019) encontraron que las personas con cáncer de próstata en estadio II y que presentaban bajo afecto negativo tenían mejor puntaje en el componente mental que los de estadio III.

En otra investigación realizada en Lituania, se encontró que los pacientes con cáncer de próstata en estadio I tenían los puntajes más alto en las dimensiones de función social y rol físico. En cambio, aquellos que estaban en estadio IV tenían los puntajes más bajos en las dimensiones de rol emocional y función social. Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre los diferentes estadios del cáncer de próstata en las dimensiones de rol emocional y función social (Vanagas, Mickeviciene & Ulys, 2013). Downing et al. (2019), realizaron un estudio en hombres con cáncer de próstata de Reino Unido según estadio y encontraron que los que tenían la enfermedad en estadio III no presentaban diferencias significativas en su CVRS que aquellos que estaban en estadios localizados (I y II).

Con respecto a las variables sociodemográficas, algunas investigaciones mencionan a la edad como un predictor para una mejor calidad de vida. Así, se encontró

que los pacientes menores a 75 años tienen mejor calidad de vida y puntuaciones altas en las dimensiones de función social, función física y vitalidad, a diferencia de los mayores quienes tenían peores puntajes en la dimensión de dolor (Mols et al., 2006; Yao-Lin et al., 2015). Esto podría deberse a que mientras más avanzada es la edad, la persona percibe un menor control sobre su salud y distintos aspectos de su vida, de manera que hay un impacto negativo en la CVRS (Huprich & Frisch, 2004; Prieto et al, 2008).

En relación a otras variables asociadas a la CVRS, se encuentra que las redes de apoyo permiten a las personas mejorar su calidad de vida, ya que ayudan a supervisar y cuidar la salud física, además de generar un sentido de pertenencia, vitalidad y promover el aumento bienestar (Botero de Mejía, & Pico, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009; Prieto et al, 2008). Algunas investigaciones hallaron que los pacientes con cáncer de próstata que estaban casados o tenían pareja presentaban mayores puntajes en la dimensión de función física, sobre todo en los aspectos de motricidad relacionados a las actividades diarias y la sexual (Eeva et al., 2017; Jayadevappa et al., 2005; Yao-Lin et al., 2015).

Yao-Lin et al., (2015) realizaron una investigación para indagar sobre la calidad de vida relacionada a la salud en hombres con cáncer de próstata. Aquí encontraron que aquellos con pareja tenían una puntuación significativamente más alta en las dimensiones de salud física, relaciones sociales (incluida satisfacción sexual) y oportunidades de obtener información, además de realizar más actividades de ocio. Eeva et al. (2017) hallaron en su estudio que los hombres con cáncer de próstata que tenían pareja presentaron mejores puntajes en la dimensión de función social. Sin embargo, en otro estudio realizado en hombres con cáncer de próstata de bajos recursos económicos, se encontró que no había diferencias significativas entre los que tenían y no pareja en los componentes físico y mental de la calidad de vida (Baskin, Kwan, Zavala & Chamie, 2016). Debido a los diversos resultados, se necesita mayores estudios para explorar esta variable (Jayadevappa et al., 2005; Yao-Lin et al., 2015).

Tomando en cuenta el efecto potencialmente positivo del soporte o apoyo social, y que se considera un recurso para el afrontamiento de situaciones estresantes es necesario analizar esta variable en relación al cáncer de próstata (Lazarus & Folkman, 1986; Uchino, 2006; Uchino, Bowen & Kent, 2016; Thoits, 2011). En relación a otras variables asociadas a la CVRS, se encuentra que las redes de apoyo (la familia, los amigos, los vecinos y los servicios sociales) permiten a las personas mejorar su CVRS, ya que ayudan a supervisar y cuidar su salud física, además de generar un sentido de pertenencia,

vitalidad y promover el aumento de emociones positivas (Botero de Mejía, & Pico, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009; Prieto et al, 2008).

El apoyo social es un concepto multidimensional que se define como la disponibilidad de ayuda que se recibe (tener personas que proporcionen la sensación de amor, aprecio y cuidado), así como la calidad y función de las relaciones sociales (pertenencia a una red social de comunicación y lazos de confianza) (Barrón, 1996; Sarason, Saranson & Pierce, 1990; Uchino, 2006). Cohen (2004) clasifica el apoyo social como objetivo/recibido (transacciones reales o provisiones a las que uno recurre en caso de necesitarlos) y percibido (dimensión evaluativa que le otorga la persona a los recursos humanos y ayuda con los que cree contar). Según la perspectiva funcional o cualitativa, el apoyo social se refiere a la calidad de apoyo que existe, de manera que se destaca la valoración subjetiva, la disponibilidad, los diferentes tipos de apoyo y el grado de satisfacción; y se clasifica en 3 dimensiones (emocional, instrumental o tangible e informacional) (Barrón, 1996). Desde la perspectiva evaluativa, el apoyo social se compone por el apoyo emocional, el apoyo instrumental, el apoyo informacional, el apoyo valorativo y la interacción social positiva (Scherboune, & Stewart, 1991).

El apoyo social es un concepto relevante en los procesos de salud y enfermedad, pues funciona como factor protector del manejo del estrés y favorece la adaptación frente a una enfermedad crónica como el cáncer (Helgenson & Cohen, 1996). Sin embargo, el apoyo social percibido es el que tiene más impacto sobre la salud de la persona, ya que a veces el apoyo que se recibe no es exactamente parecido al que se desea recibir, de manera que hay un apoyo social efectivo, pero no es percibido (Barrón, 1996).

Con respecto a las investigaciones, en un estudio realizado en Europa con 511 pacientes ambulatorios con este tipo de cáncer, se encontró que aquellos que estaban casados tenían niveles significativos de apoyo social percibido positivo que los solteros o divorciados. Asimismo, los que tenían educación secundaria se asociaban con altos niveles de interacciones sociales perjudiciales (Mehnert et al., 2010). Así, el apoyo de la red social ayuda a que la persona pueda tener un favorable ajuste psicológico a la enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer de próstata, la principal figura de apoyo es su pareja, llegando incluso a depender emocionalmente y ser uno de los recursos principales para afrontar el proceso de adaptación a la enfermedad y sus tratamientos (Manne, Badr, Zaidler, Nelson & Kissane, 2010; McCaughan et al, 2013; Novoa, Cruz, Rojas & Wilde, 2003; Sanders, Pedro, Bantum & Galbraith, 2006).

Jan et al. (2016) encontraron que los hombres con cáncer de próstata con altos niveles de estrés presentaban altas frecuencias de duelo y pérdida del sueño, así como un menor apoyo social en términos de que percibían que tenían menos personas con las que compartir sus problemas emocionales, además de la incapacidad de compartir la mayoría de sus problemas con sus parejas, amigos y familiares. Por otro lado, Saira et al. (2019) realizó un estudio en hombres con cáncer de próstata para determinar la relación entre si tienen o no pareja con apoyo social y la mortalidad por la enfermedad en pacientes tratados con prostatectomía radical. Se halló que aquellos que estaban solteros o que estaban sin pareja tenían un mayor riesgo de muerte después de la operación. Posiblemente, aquellos que tenían pareja identificaban a esta como un sustituto de factores de protección como el apoyo social.

En relación a los pacientes con cáncer de próstata, hay que considerar que los hombres piden menor ayuda que las mujeres debido a que ellos tienden a adoptar una actitud estoica con respecto a su enfermedad y presentan dificultades para hablar temas relacionados con la sexualidad, salud, información y manejo de emociones (Cockle-Hearne & Faithfull, 2010; Cho, Park & Blank, 2013). Además, ellos utilizan en menor medida los servicios psicológicos a diferencia de las mujeres (Steginga et al., 2001).

La prevalencia de las enfermedades crónicas como el cáncer ha aumentado progresivamente. Esto ha llevado a que surja un interés por la calidad de vida del paciente, así como por los múltiples factores biopsicosociales que actúan sobre ella (Vinaccia & Orozco, 2005). Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993) indican que el apoyo social y la CVRS se podrían relacionar de dos formas. La primera es que el apoyo social ayudaría a reducir el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes producto de la enfermedad. Por ende, se reduciría las posibilidades de que los niveles de estrés contribuyan a la aparición o agravamiento de la enfermedad. La segunda es que el apoyo social influiría directamente sobre la enfermedad física, pues ayuda a mejorar el proceso de rehabilitación frente a la enfermedad, así como a disminuir los niveles de morbilidad.

Se ha encontrado que la calidad de vida en las personas con problemas de salud se ve modificada por las redes y el tipo de apoyo percibido con el que se cuenta (Fenco, 2010). Así, cuando el apoyo social es fuerte, sólido y se tienen buenas relaciones familiares, el paciente modifica la percepción de la calidad de vida y se siente satisfecho con ella (Candiotti, 2013; Fenco, 2010). Mehnert et al. (2010) encontró que la falta de apoyo social positivo y las interacciones perjudiciales predecían de manera negativa la

dimensión de salud mental. Asimismo, halló que el soporte social positivo se asociaba con mejores puntajes en las dimensiones de función física y salud mental de la CVRS.

Con respecto a la relación entre apoyo social percibido y CVRS en hombres con cáncer de próstata, un estudio realizado en Canadá con pacientes que habían recibido tratamiento de radioterapia, evidenció que existe una relación directa entre los niveles de apoyo social percibido y la calidad de vida, siendo este tipo de apoyo un mejor predictor de la CVRS, que el soporte estructural (Queenan et al., 2010),

Con respecto a la evidencia empírica, los estudios sobre apoyo social en hombres con cáncer de próstata son escasos. Un estudio longitudinal realizado en USA con 175 hombres con cáncer de próstata localizado, encontró que quienes reportaban altos niveles de soporte social percibido al inicio del tratamiento reportaban mayores niveles de CVRS a los dos años de seguimiento, esta relación se encontraba parcialmente mediada por los niveles de estrés percibido. Incluso, se halló que el apoyo social percibido mejoraba el bienestar de los pacientes incluso hasta 2 años después del tratamiento (Zhou et al., 2010).

Roberts, Stephen y Helgenson (2006) realizaron una investigación en EEUU con 89 pacientes con cáncer de próstata localizado para examinar si el apoyo social podía mejorar la CVRS en estos pacientes, reduciendo su nivel de pensamientos intrusivos en relación a su enfermedad. Se encontró que el apoyo social percibido se relacionaba con la CVRS, pues aquellos hombres que tenían altos niveles de apoyo social percibido tenían bajos niveles de pensamientos intrusivos sobre el cáncer. Además, presentaban bajos niveles de estrés psicológico y un alto funcionamiento en la dimensión de salud mental.

Colloca y Colloca (2016) exploran el impacto de las redes sociales en la calidad de vida relacionada con la salud en hombres con cáncer de próstata. Ellos encontraron que el 54 % de ellos tenían necesidades psicológicas insatisfechas, además de que la depresión y la fatiga eran síntomas muy frecuentes. Asimismo, hallaron que las habilidades de adaptación de cada paciente, el tipo de apoyo familiar e informacional del médico podrían ayudar frente a los síntomas físicos; y las necesidades sociales y espirituales que surgían en ellos en las etapas posteriores de la enfermedad.

El cáncer de próstata es una enfermedad, cuyo diagnóstico y tratamiento tiene un impacto negativo. Así, se producen importantes problemas psicosociales, que afectan el bienestar (físico, psicológico y social), el funcionamiento personal y a la familia. Asimismo, los hombres con esta neoplasia experimentan una serie de eventos estresantes, lo que los coloca en un riesgo potencial de desajuste emocional (Namiki & Arai, 2010; Boonzaier et al., 2009). En este sentido, resulta relevante estudiar la relación entre CVRS

y apoyo social percibido en hombres con cáncer de próstata, pues ante la evidencia de los problemas físicos, psicológicos y la subsiguiente morbilidad a largo plazo (Fransson et al., 2009) es importante estudiar aquellos recursos psicológicos y factores protectores que permiten al paciente hacer frente a los eventos estresantes propios de la enfermedad, siendo uno de ellos el apoyo social percibido (Rodríguez-Marín & Pastor, 1993; Roberts et al., 2006; Zhou et al., 2010).

De esta manera, se podrá entender cómo los hombres con cáncer de próstata están percibiendo su estado actual de salud con respecto a su enfermedad. Esto ayudará a comprender, a mayor profundidad el impacto de los eventos estresantes que el paciente enfrenta en su día a día y cómo esto afecta su calidad de vida (Oblitas, 2003; Orúa et al., 2013;). Así, se podrá poder implementar acciones enfocadas a mejorar la calidad de vida de los hombres con cáncer de próstata, teniendo en cuenta que ellos viven largos años de su vida con secuelas físicas y psicológicas, las cuales afectan su área de funcionamiento emocional (Potosky et al., 2004).

Es importante resaltar, que el cáncer en población masculina es un tema poco estudiado a diferencia del cáncer en mujeres. A nivel internacional, las investigaciones son escasas y usualmente suelen realizarse en EEUU o Europa, donde la población suele tener características similares (altos niveles de educación, socioeconómicos y casados). Sin embargo, no hay estudios que investiguen sobre el cáncer de próstata en grupos diferentes o en el contexto nacional. Por lo tanto, se propone como objetivo general conocer la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y el apoyo social percibido en un grupo de hombres con cáncer de próstata de una institución especializada en cáncer de Lima. En caso sea posible, analizar de qué manera el apoyo social percibido predice la CVRS. Asimismo, se plantean como objetivos específicos describir la CVRS en un grupo de pacientes con cáncer de próstata, además de comparar la CVRS en función de la variable de enfermedad de estadio clínico y si tienen o no pareja. Para este fin, se empleó un diseño cuantitativo a través del cual se realizó la recolección de la información en un único momento y se aplicó los cuestionarios.

Método

Participantes

Los participantes del estudio fueron 60 hombres con cáncer de próstata, quienes participaron de forma voluntaria y se les entregó un consentimiento informado (Ver Apéndice A). El rango de edad fue entre 50 y 80 años ($M=67.67$, $DE=7.98$). Todos se atienden en un hospital especializado en oncología de Lima Metropolitana y tienen un tiempo post diagnóstico entre 6 a 120 meses ($M=41.77$, $DE=27.92$). Presentan estadio clínico II (28.3%) y III (71.7%). Asimismo, 48 hombres (80 %) es de provincia y 12 (20%) son Lima. Además, 40 participantes (66.7 %) reportan tener pareja y 20 (33.3%) señalan que no. Todos los que tienen pareja perciben que esta lo apoya durante su enfermedad y tienen un tiempo de relación entre 1 a 54 años ($M=36.13$, $DE=12.35$) (datos resumidos en el Apéndice B).

Los pacientes asistían de manera ambulatoria al módulo de urología. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: entre 50 y 80 años, tiempo post-diagnóstico mínimo de 6 meses y estadios I, II y III. Se excluyó a aquellos en estadio IV, hospitalizados, con antecedentes psiquiátricos u otros trastornos, además de comorbilidad con otras enfermedades crónicas y VIH.

En relación a los aspectos éticos de la investigación, se obtuvo la aprobación y permiso tanto del comité de ética de la institución y del departamento de Urología. Se les administró las pruebas de forma individual y se les brindó un espacio de escucha, acompañamiento y consejería psicológica al finalizar la aplicación.

Medición

Para medir la **calidad de vida relacionada a la salud** se utilizó la adaptación española del cuestionario de salud SF-36 versión 1.2 (Alonso, Prieto & Antó, 1995). La versión original fue desarrollada por Ware y Sherbourne (1992) en Estados Unidos. Este instrumento se ha traducido, adaptado y validado en más de 50 países como parte del proyecto Internacional Quality of Life Assessment (IQQLA). (Vilagut et al., 2005; Wagner et al., 1998). Es una escala genérica que brinda un perfil del estado de salud de las personas y se aplica tanto a pacientes como a la población general. Es útil para evaluar la CVRS en la población general y subgrupos específicos. Asimismo, ayuda a comparar la carga de las diversas enfermedades, identificar beneficios en la salud producidos por los diferentes tratamientos y valorar el estado de salud en pacientes individuales. Sus buenas

propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos y estudios evidencian que es uno de los instrumentos con mayor potencial para medir la CVRS (Vilagut et al., 2005).

El cuestionario de salud SF-36 contiene 36 ítems, que conforman 8 dimensiones del estado de salud. Las primeras 4 conforman el componente físico de la calidad de vida (Ware & Gandek, 1998): función física, rol físico, dolor corporal y salud general. Por otro lado, las 4 dimensiones restantes constituyen el componente mental (Ware & Gandek, 1998): rol emocional, vitalidad, función social y salud mental. El formato de respuestas son escalas tipo Likert con varias opciones y dicotómicas (Alonso et al., 1995; Lugo, García & Gómez, 2006; Vilagut et al., 2005). Para la calificación, los ítems se codifican en una escala de puntuación de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). Así, los valores superiores a 50 se interpretan como los de mejor CVRS y los inferiores a 50, como los peor CVRS (Vilagut et al., 2005)

Con respecto a las propiedades psicométricas, para la validez de contenido se realiza una comparación entre el SF-36 con el SF-20. Para ello, los autores escogen los conceptos de salud más frecuentes y representativos (físico, funcionamiento del rol social, salud mental y percepciones generales de la salud) con otros dos conceptos (dolor corporal y vitalidad) para construir un instrumento corto que evalúe el estado de salud y los cambios a través del tiempo. En relación a la validez predictiva, el SF-36 tiene un mejor funcionamiento que el SF-20 (Ware & Sherbourne, 1992). Con respecto a la validez de constructo, Ware et al. (1998) realizan un estudio como parte del IQOLA Project del SF-36, en que se realiza un análisis factorial confirmatorio en el que se encuentran 2 componentes y 8 dimensiones (χ^2 (df)= 536.6 (101), $CFI=.90$, $TLI=.96$ y $RMSEA=.11$).

Alonso, Prieto & Antó (1995) realizaron una adaptación española del cuestionario de salud SF-36 en 46 pacientes con enfermedad coronaria de un hospital de Barcelona. Respecto a la validez de traducción, se utilizó el método de traducción y retraducción que se realizó por profesionales, además de hacer un estudio piloto para calibrar las opciones de respuesta del cuestionario y evaluar la confiabilidad de este. Se obtienen los siguientes puntajes alfa de Cronbach: función física (.84), rol físico (.90), dolor (.88), salud general (.71), vitalidad (.74), función social (.45), rol emocional .94 y salud mental (.77).

En el Perú, Salazar y Bernabé (2012) realizaron una investigación para estudiar la estructura factorial, consistencia interna y validez de constructo del SF-36 en nuestro contexto. Para ello, se aplicó el instrumento a 4344 peruanos entre los 15-64 años de las ciudades de Huancayo, Lima, Piura y Trujillo. Así, en relación a la consistencia interna,

se obtuvieron puntajes entre .66 (función Social) y .92 (rol físico). Además, se realizó la validez de constructo comparando las 8 dimensiones en grupos conocidos. Aquí se encontró que el cuestionario discrimina de manera adecuada a personas con diferentes características sociodemográficas. Además, hacen un análisis factorial confirmatorio en el que obtuvo 2 componentes y 8 dimensiones. Esta era la estructura factorial adecuada ($CFI = .96$ y $RMSEA = .05$) con cargas factoriales que fueron estadísticamente significativas y variaban entre .76 y .90.

En la actualidad, existen más de 500 publicaciones que usan las adaptaciones de este instrumento, además de que sus buenas propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos lo que lo convierte en una prueba con mayor potencial y aceptación en el campo de la CVRS (Arostegui & Núñez-Antón, 2008).

En el presente estudio, el índice de confiabilidad para el componente físico fue de .84. Dentro de sus dimensiones se obtuvo .79 (función física), .88 (rol físico), .73 (dolor Corporal), .74 (salud General). El índice de confiabilidad del componente mental fue de .89. Sus dimensiones tuvieron .92 (rol emocional), .69 (vitalidad), .76 (salud mental) y .57 (función Social) (Ver apéndice C).

Por otro lado, para evaluar **el apoyo social percibido** se utilizó el cuestionario de Estudio de desenlaces médicos de apoyo social MOS creado por Sherbourne y Stewart (1991) y validada al español por De la Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005). Está conformado por 20 ítems, que tienen una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Aquí, la primera pregunta hace referencia al tamaño de la red social; y los otros 19 ítems evalúan los tres aspectos funcionales del apoyo percibido: emocional/Informativo, afectivo e instrumental (Costa, Salamero & Gil, 2007, De la Revilla et al., 2005).

Sherbourne y Stewart (1991) crean la versión original de la escala *Medical Outcomes Study Social Support Survey*. Ellos la aplican a pacientes con enfermedades crónicas y obtienen un análisis factorial en base a las 4 escalas funcionales: interacción social, la emocional/informativa, la tangible y la afectuosa. Asimismo, contiene un ítem relacionado a la medida estructural del apoyo (número de amigos cercanos y familiares). Con respecto a la validez, la escala global tiene una confiabilidad de .97, mientras que por dimensiones se obtiene apoyo afectivo (.91), apoyo emocional/informativo (.96), interacción positiva (.94) y apoyo tangible (.92). En relación a la validez, se realiza un análisis factorial exploratorio y se hallan niveles de varianza explicada entre 59 % y 69% para 4 factores.

De la Revilla et al. (2005) realizó la validación del instrumento en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y EPOC. Así, mediante un análisis factorial confirmatorio encontró que al reducir los factores a 3, se explicaba el 68.72 % de la varianza total (1: 29, 97%, 2: 20, 49 % y 3: 18,26 %). De esta manera, se identificaron 3 componentes del apoyo social (De la Revilla et al., 2005). Los autores no reportan datos para el índice de KMO y la prueba de esfericidad. Por otro lado, con respecto a los índices de confiabilidad, el apoyo emocional/informacional obtuvo .94; el apoyo instrumental, .87 y el apoyo afectivo, .85. Para la presente investigación, si bien se utiliza esta versión, se ha considerado el puntaje global, tal como se plantea en el instrumento original.

Adicionalmente, hay varias adaptaciones de la versión española de MOS (De la Revilla et al., 2005) en diferentes países. Una de ellas es la de Costa et al. (2007), realizada en España con 400 pacientes ambulatorios con cáncer que asistían a un hospital. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, en la que se obtuvo la existencia de 3 factores iguales a los de la versión De la Revilla et al. (2005). Así, los 3 factores tienen la capacidad de explicar el 65.44 % de la varianza global. Asimismo, que la distribución de los ítems es similar a la versión De la Revilla et al. (2005). Con respecto a la confiabilidad, se obtuvieron índices apropiados entre .75 (apoyo afectivo) y .94 (apoyo emocional/Informacional).

En Perú, se realiza la adaptación del cuestionario MOS de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart (1991) en 100 pacientes con cáncer de Trujillo (Baca, 2016). En relación a la confiabilidad, la escala general tiene un alfa de Cronbach de .94; y las dimensiones tienen alfa de Cronbach entre .70 y .90. Con respecto a la validez, se realiza un análisis factorial exploratorio con rotación Prómax de tipo oblicua y se obtiene un KMO de 0.88. Asimismo, el test de esfericidad de Bartlett tuvo un valor estadísticamente significativo ($p < .01$) y el modelo de tres factores explicó el 54.240 % de la varianza total.

En el presente estudio los índices de confiabilidad fueron los siguientes: Apoyo emocional/Informacional ($\alpha = .84$), Apoyo afectivo ($\alpha = .77$) y Apoyo instrumental ($\alpha = .60$). La confiabilidad de la escala global fue de .88 (Ver apéndice D).

Procedimiento

Luego que el Comité de ética de la institución aprobó el estudio, se realizó la aplicación de las pruebas piloto, con el fin de explorar la comprensión de los ítems de los cuestionarios y prever posibles dificultades en el contexto de aplicación. Los participantes reportaron comprensión de los ítems y no hubo ninguna dificultad.

Posteriormente, se contactó a los participantes durante su visita al servicio de consultorio externo del departamento de Urología. Se les invitó a participar en la investigación explicándoles; en primer lugar, los objetivos del estudio de manera verbal. Se les indicó el carácter anónimo de los datos que proporcionaron, además de la participación voluntaria, invitándolos a leer el consentimiento informado. Durante la aplicación se les entregó la ficha de datos sociodemográficos (Ver apéndice E), el Cuestionario de salud SF-36 y el Cuestionario de desenlaces médicos de apoyo social MOS.

Finalmente, se brindó un espacio de contención emocional en el que los participantes expresaron sus emociones y cerraron los contenidos que se hayan movilizad durante la aplicación. Asimismo, se les invitó al servicio de psicología por si deseaban asistir a consulta.

Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 24, Primero, se obtuvieron los estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central para la descripción de datos sociodemográficos, médicos, variables del estudio y sus dimensiones. Luego, se realizó el análisis de confiabilidad utilizando el método de consistencia interna, mediante el cual se obtuvo el coeficiente de alfa de Cronbach para los instrumentos.

Posteriormente se realizó el análisis de normalidad a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, encontrándose algunas distribuciones paramétricas y no paramétricas para el SF-36, mientras que para el MOS, ninguna dimensión era paramétrica. Por tal motivo, se empleó los coeficientes de asimetría y curtosis para realizar los análisis de normalidad y evaluar si la falta de esta era extrema. Se encontró que no había casos extremos en las dimensiones de ambos instrumentos (asimetría <3 y curtosis <10), por lo que se procedió a utilizar pruebas paramétricas (Kline, 2010) (Ver apéndice F).

Los objetivos específicos son comparar la CVRS según el estadio de la enfermedad y si tienen pareja o no. Para ello, se realizó una comparación de medias a través del estadístico T-Student. Posteriormente, para poder determinar la relación entre calidad de vida relacionada a la salud y apoyo social percibido, se calcularon correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por último, se realiza un análisis de regresión para poder conocer más los efectos estadísticos de las variables, en

las cuales solo se introdujeron aquellas variables que se mostraba significativas en los análisis preliminares.



Resultados

A continuación, se presentan los resultados que pretenden dar respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación. Para ello, se presenta el análisis descriptivo con respecto a la variable de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Posteriormente, se compara las dimensiones y componentes de la CVRS en torno a la variable de enfermedad de estadio clínico y pareja. Luego, se muestran las correlaciones correspondientes entre CVRS y apoyo social percibido. Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal considerando las variables que fueron significativas en contrastes previos.

Con respecto a la CVRS, los puntajes del cuestionario SF-36 tienen un rango de 0 a 100, siendo 50 el punto de corte, de manera que se puede decir que los que son mayores a este número presentan una tendencia positiva en esta variable. Así, en la Tabla 1, se observa que tanto los puntajes de los componentes y las dimensiones presentan valores mayores a 50. Como los promedios de ambos componentes tienen puntajes por encima de 50, se realiza un contraste de medias entre el componente mental y el componente físico; y se encuentra diferencias significativas entre ellos ($t(59) = 2.06$, $p < .05$, $d = 0.54$), de manera que el componente mental es más elevado en que el componente físico en este grupo.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las dimensiones y componentes de CVRS

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Componente Físico	69.84	72.50	17.88	38	96
Función física	82.33	85.00	15.11	55	100
Dolor corporal	68.88	67	25.62	13	100
Rol físico	66.25	75.00	40.86	0	100
Salud general	61.92	60.00	18.41	35	100
Componente Mental	75.26	84	19.81	18	100
Función social	80.00	75	26.61	13	100
Rol emocional	77.22	100	39.05	0	100
Salud mental	77.67	76	17.93	16	100
Vitalidad	71.17	75	16.83	35	100

N=60

En términos del estadio clínico de la enfermedad, se encontró una diferencia significativa en la dimensión de dolor corporal ($M_{II} = 82.35$, $DE_{II} = 21.35$, $M_{III} = 63.55$, $DE_{III} = 25.42$, $t_{(59)} = 1.21$, $p < .01$, $d = 0.32$). Aquellos hombres con cáncer de próstata que

se encuentran en estadio clínico II reportaron mayores puntajes en la dimensión de dolor corporal, en comparación de aquellos que se encuentran en el estadio clínico III. No obstante, la magnitud de la diferencia según el *d* Cohen es pequeña. En relación a las demás dimensiones, no se encontraron resultados significativos.

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas en la CVRS de acuerdo a si en la actualidad tienen pareja o no. Se observó que aquellos participantes que tenían pareja presentaban mayor puntaje en el componente físico y las dimensiones de función física, rol físico y dolor corporal en comparación de aquellos que no tenían pareja. Además, la magnitud de la diferencia según la *d* de Cohen para la dimensión de función física es mediana y para las otras, grande (ver Tabla 2). Por otro lado, las demás dimensiones no obtuvieron resultados significativos.

Tabla 2*Comparación de medias en la CVRS según la variable pareja*

	<i>Sí</i> <i>N=40</i>		<i>No</i> <i>N=20</i>		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
CSF	76.45	15.24	56.63	15.50	4.72	58	.00***	1.24
Rol físico	82.50	31.62	33.75	38.28	4.99	32.34	.00***	1.31
Dolor corporal	76.44	21.32	53.75	27.29	3.53	58	.00***	0.93
Función física	86.38	11.82	74.25	17.86	2.75	27.58	.01*	0.72

Nota: CFS: Componente salud física

En relación al objetivo general, se encontró lo siguiente: a nivel global, se encontraron correlaciones pequeñas, medianas y directas entre el apoyo social percibido total con el componente mental, salud mental y vitalidad. Por otra parte, dentro del componente mental se encontró correlaciones pequeñas y medianas (además de directas) en las dimensiones de salud mental y vitalidad con el apoyo emocional/informacional (ver tabla 3). Cabe señalar que existe una correlación fuerte entre el apoyo afectivo con el apoyo emocional/informacional comparten correlaciones entre ellas ($r=.76, p<.001$).

Tabla 3
Correlaciones entre las dimensiones de CVRS y apoyo social percibido

	Apoyo social percibido total	Emocional / Informativa	Afectivo	Instrumental
Componente mental	.27*	.27*	.40**	-.06
Función social	.07	.10	.29*	-.35
Rol emocional	.22	.17	.29*	.08
Salud mental	.36***	.39**	.47***	-.09
Vitalidad	.32*	.32*	.34**	.05
Componente físico	-.01	-.00	.12	-.18
Función física	.01	.14	.22	-.15
Rol físico	-.12	-.17	.05	-.12
Salud general	.27	.37	.16	-.05
Dolor Corporal	-.10	-.09	.00	-.19

N=60, *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Así, para conocer el efecto de la CVRS sobre el apoyo social percibido, se realizó un análisis de regresión. Para ello, se consideró dentro de los modelos a aquellas variables que habían sido significativas en las correlaciones. De esta manera, se obtienen 2 modelos de ajuste. Es relevante mencionar que no se considera al componente físico en los modelos de regresión, puesto que no hay correlaciones significativas con ninguna dimensión ni la escala global de apoyo social percibido.

En cuanto al primer modelo de ajuste del componente mental de CVRS, se puede apreciar en la Tabla 4 que estuvo conformado por la variable de apoyo social total. Esta variable explica el 6 % de la varianza total de la CVRS a nivel del componente mental ($R^2 = .08$, $R^2_{ajustado} = .06$, $F = 4.90$, $p < .05$). Respecto al segundo modelo de ajuste del componente mental, se encuentra que el 14 % de la varianza del componente mental de CVRS es explicado por el apoyo afectivo ($R^2 = .17$, $R^2_{ajustado} = .14$, $F = 5.69$, $p < .01$) y la dimensión emocional/informativa no es significativa.

Tabla 4
Modelos de regresión para los predictores del componente mental de CVRS

Modelo	Variable	Componente mental				
		B	B	SB	t	p
1	Apoyo social total	7.99	0.27	3.61	2.21	.03
2	Afectivo	11.70	0.47	4.68	2.50	.02
	Emocional/informativa	-2.12	-.08	4.52	-.47	.64

N=60,



Discusión

En el Perú, el cáncer de próstata es una de las cinco neoplasias más frecuentes en los hombres (INEN, 2018; Pow-Sang, & Huamán, 2013; Ramos, 2017). Las campañas de tamizaje son bajas, lo cual representa un problema para la salud pública por el alto costo del tratamiento en mayores estadios y la disminución de la supervivencia, generando una menor calidad de vida, menor probabilidad de curación y la elevada mortalidad en el hombre peruano (Pow-Sang, & Huamán, 2013). El cáncer de próstata es una enfermedad cuyo diagnóstico y tratamiento produce un impacto negativo, ya que se experimenta una serie de eventos estresantes que afectan en múltiples dimensiones a los hombres con esta neoplasia (Namiki & Arai, 2010; Boonzaier et al., 2009). Es por ello, que la presente investigación estudia la relación entre CVRS y el apoyo social percibido en un grupo de pacientes con cáncer de próstata.

Con respecto a la CVRS, en esta investigación se encontró un balance tendiente a positivo en los componentes y dimensiones. Una posible explicación es que las características de la muestra podrían ser un factor relacionado a una CVRS preservada en estos pacientes. Teniendo en cuenta el contexto sociocultural, el diagnóstico de cáncer de próstata podría significar un factor de riesgo en la vida de los hombres, sobre todo en los valores relacionados a la masculinidad del contexto. Por ello, los pacientes de esta investigación podrían estar acudiendo a las consultas continuamente, además de seguir las indicaciones de tratamientos de sus médicos con el fin de preservar la funcionalidad; y las características de fortaleza, capacidad y responsabilidad (propias de la masculinidad), lo cual les habría favorecido a estar en una fase más estable de su enfermedad (Fuller, 2017; Downing et al., 2019). Asimismo, hay que considerar el tiempo post diagnóstico superior de 6 meses, por lo que es probable que los efectos secundarios de los tratamientos recibidos hayan disminuido, de manera que tal vez se podría percibir una mejor CVRS, a comparación de meses anteriores (Fernández, Pascual & García, 2004; Fulla et al., 2014; Rondorf-Klym & Colling, 2003).

Si bien ambos componentes tienen un balance positivo, es el componente mental el que tiene mayores niveles que el componente físico. La literatura señala que las personas que aceptan su enfermedad y perciben que la controlan se adaptan mejor a ella, además de que pueden tener mejores recursos o habilidades para afrontar y manejar situaciones estresantes (Fernández-Ballesteros, 2009; Da Cruz & Kern, 2018). Además,

Discusión

algunas investigaciones señalan que los hombres con cáncer de próstata con un tiempo post-tratamiento mayor de 6 meses; y con un tiempo de más de un año de enfermedad presentaban un mejor ajuste psicológico y de orientación al autocuidado, además de una menor sensación de ansiedad y depresión (Chambers et al., 2016; Ching-Hui, Cheng Keng, Kuan-Lin, Xuan-Yi & Hsueh-Erh, 2016; Ezer, Rigol, Saad, Aprikian & Souhami, 2012). Es posible que estos hombres al tener un tiempo post-diagnóstico y post-tratamiento mayor a 6 meses, quizás podrían tener una mejor aceptación a la enfermedad y ajuste psicológico, lo que les podría ayudar a tener los recursos necesarios para afrontar las situaciones estresantes producto de la enfermedad y así tal vez tener un menor malestar emocional. Otro factor asociado podría ser el grado de instrucción, ya que algunas investigaciones señalan que los hombres con cáncer de próstata con un mayor grado de instrucción presentan un mejor ajuste psicológico y cognitivo a la enfermedad (Ching Hui et al., 2016 & Chambers et al., 2014). El 81.7 % de la muestra presenta un grado de instrucción de secundaria y superior. Una posible explicación es que al ser ellos personas con un mayor grado de instrucción podrían estar más informados sobre su enfermedad, tratamiento, consecuencias, de manera que puedan tener las herramientas y los recursos cognitivos que les ayuden a afrontar la enfermedad.

En relación al estadio clínico, los de estadio II tienen mayores puntajes en la dimensión de dolor corporal que los de estadio III, de manera que los que se encuentran en estadio II perciben menor malestar por el dolor que los de estadio III. Las investigaciones señalan que los que se encuentran en estadios avanzados presentan mayor percepción de dolor corporal (Vanagas, Mickeviciene & Ulys, 2013; Yao-Lin et al., 2015). Frente a ello y considerando la CVRS una valoración subjetiva de la persona sobre su estado de salud (Schwartzmann, 2003), es probable que aquellos pacientes que se encuentran en estadio III (al estar en un estadio localmente avanzado) podrían estar experimentando una mayor percepción de incertidumbre, miedo a que avance la enfermedad o pensamientos catastróficos asociados a su salud, por lo que su percepción de dolor corporal sea mayor que los de estadio II, quienes se encuentran en un estadio temprano y podrían percibir que tienen un mayor control de la enfermedad y recursos para afrontar la situación. La forma en que ellos las experimenten la enfermedad dependerá de la percepción de control que ellos tengan sobre estas situaciones y los recursos para afrontarla (Virués-Ortega, et al., 2007).

Con respecto a la variable pareja, aquellos hombres que sí tenían pareja presentaban mayores puntajes en el componente físico y en las dimensiones de función

física, rol físico y dolor corporal, a comparación de los que no tenían. Esto concuerda con algunas investigaciones previas en las que se consideró la variable pareja y su apoyo marital estaba relacionado a niveles más elevados de calidad de vida a nivel físico (Manne, Badr, Zaider, Nelson, & Kissane, 2010; McCaughan et al, 2013; Pereira, Daibs, Tobias-Machado & Pompeo, 2011; Zhou; Kim, Rasheed, Benedict, Bustillo & Soloway, 2011; Wittmann, Crossley, Miller, Dunn & Nidetz, 2015).

La literatura señala que la pareja es uno de los principales recursos de afrontamiento durante la enfermedad, pues es un recurso social que favorece la adaptación frente a este proceso, tratamiento y consecuencias. En el caso de los hombres con enfermedades crónicas, usualmente es la pareja quien se convierte en el cuidador principal y se encarga de los cuidados básicos del paciente (Manne, Badr, Zaider, Nelson, & Kissane, 2010; McCaughan et al., 2013; Novoa, Cruz, Rojas, & Wilde, 2003; Sanders, Pedro, Bantum & Galbraith, 2006). Una posible explicación en la presente investigación, es que estos hombres con cáncer de próstata podrían percibir a su pareja como la principal figura que les brinda asistencia física, cuidado y expresión de afecto. Todo esto podría mejorar en ellos la motricidad y la calidad de vida a nivel físico, ya que tal vez se sientan asistidos y apoyados por su pareja en sus actividades cotidianas y de cuidado (Jayadevappa et al., 2006, & Yao-Lin et al., 2015). Asimismo, es importante señalar que durante la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos, los pacientes que tienen pareja señalaron percibir que ellas los apoyan durante su proceso de enfermedad.

Respecto a la relación entre los dos constructos, se encontró una relación directa entre el apoyo social percibido total con el componente mental, mientras que no se haya ninguna relación significativa con el componente físico. Resulta interesante cuestionarse el motivo por el que estos pacientes, al tener una enfermedad crónica como el cáncer de próstata, perciban de manera positiva su salud física (considerando los resultados previos, el tratamiento y sus efectos; y las limitaciones físicas o cambios que podrían estar experimentando a causa de la enfermedad). Es relevante considerar que el cáncer de próstata es una neoplasia característica en hombres y que la presente investigación se realiza en un contexto peruano, siendo la mayoría de los participantes personas provenientes de provincia. El Perú continúa siendo un país en el que el machismo y los estereotipos masculinos asociados a las características de fortaleza, valentía, poder, competencia y virilidad se muestran en el espacio público y privado (Addis & Mahalik, 2003; Costa-Junior & Maia, 2009; Fuller, 1996; García & Nader, 2009). Además, hay que considerar que la investigadora es de sexo femenino. Así, una posible explicación es

que los participantes de la presente investigación podrían estar ajustándose a los estereotipos masculinos, de manera que quizás se muestren aparentemente estables a nivel físico y su imagen preserve las características de fuerza, valentía, poder competencia y virilidad.

Asimismo, si bien se observa que hay una relación directa entre el componente mental y el apoyo social total, esta es una exploración muy general. Por tal motivo, en los resultados se indaga más para conocer la relación entre el componente mental y las dimensiones del apoyo social percibido. Así, se encontró correlaciones directas entre el componente mental y todas sus dimensiones con el apoyo afectivo. Esta relación se explicará más adelante cuando se analice el modelo de regresión respectivo asociado a estos resultados.

Por otro lado, se encontró una relación directa entre el componente mental y sus dimensiones de salud mental y vitalidad con la dimensión del apoyo emocional/informacional (correspondiente al constructo de apoyo social percibido). De modo que, ante la percepción de una mayor expresión de afecto, comprensión, empatía, guía, consejos e información mayores sentimientos de energía y vitalidad (frente al sentimiento de cansancio y agotamiento), sentirían un mejor control emocional frente a los sentimientos de angustia y depresión. El apoyo social ayuda a reducir el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes producto de la enfermedad (Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig, 1993). Así, es posible que los hombres que perciban una mayor empatía, apoyo moral, comprensión y consejo de parte de su red de apoyo y pareja, pudieran tener menores reacciones o conflictos emocionales provocados por la enfermedad. Esto podría ser debido a que ellos cuenten con interacciones sociales fuertes y sólidas que los apoye a nivel mental en beneficio de su salud, de manera que hayan aceptado la enfermedad, el tratamiento y sus consecuencias, además de una mayor conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

Con respecto al apoyo instrumental, no se encontró alguna relación significativa con el componente mental. Los pacientes con cáncer de próstata experimentan distintas consecuencias psicológicas por la enfermedad, ya que surgen síntomas de malestar emocional clínicamente significativos (miedo, ansiedad, ira, temores por la discapacidad o dependencia) los cuales pueden producir problemas depresivos y/o ansiosos (Chambers, Zajdlewicz, Youlden, Holland & Dunn, 2014; De Sousa, Sonavane & Mehta, 2012; Macefield et al., 2010; Perry, Hoerger, Silberstein, Sartor & Duberstein, 2018). Así, se produce una etapa de crisis marcada por el desequilibrio físico, social y psicológico, pues

comienzan a sentir una serie de pérdidas y cambios en el estilo de vida, además de que hay sucesos estresantes asociados a esta neoplasia (Appleton, 2015; Chambers et al., 2014; Fan, 2002). Una posible explicación a que no se haya encontrado una relación entre el apoyo instrumental con el componente mental es que si bien es importante que ellos dispongan de personas que les ayuden en las actividades de cuidado y labores domésticas, debido al malestar emocional que produce la enfermedad, es posible que ellos puedan preferir darle más prioridad a los otros tipos de apoyo social.

Con respecto a la búsqueda de conocer la dirección de las correlaciones encontradas y considerando previamente las variables significativas en los análisis estadísticos previos, se generó dos modelos de regresión. De esta manera se encontró que el apoyo social percibido total tendría un efecto estadístico sobre el componente mental. Así, en el primer modelo de ajuste se encontró que el 6 % del componente mental era explicado por el apoyo social percibido total. Para conocer más a profundidad cuál de los dos tipos de apoyo social predice el componente mental, se realizaron los análisis estadísticos y se encontró que el apoyo afectivo era el más relevante en esta investigación. De esta manera, se halló que el apoyo afectivo tendría un efecto estadístico sobre el componente mental. Así, en el segundo modelo de ajuste, se encontró que el 14 % del componente mental era explicado por el apoyo afectivo.

Con respecto al apoyo emocional informativo, si bien la correlación entre esta variable con el componente mental salió significativa en los análisis previos, al realizar el análisis del modelo de regresión, no se encontró que una explique a la otra. Para ello, se realizó un análisis de correlación entre el apoyo social percibido total y el apoyo emocional informativo y se encuentra que la correlación entre ambas variables es de .94 ($p < .001$). Una alta correlación entre ambas variables podría explicar que haya una varianza compartida entre el apoyo social afectivo y el apoyo social emocional informativo.

Con lo encontrado en los modelos de regresión, se puede decir que los pacientes que percibían mayores niveles de expresión emocional de afecto, amor y empatía (que los hagan sentirse valorados y queridos) podrían presentar más dinamismo, energía y menos problemas emocionales que interfieran en sus actividades y vida cotidiana. Esto concuerda con otras investigaciones en las que se señala que aquellos hombres con esta neoplasia que percibían altos niveles de apoyo social y contar con relaciones sociales positivas reportaban altos niveles significativos de CVRS. Asimismo, el apoyo afectivo les ayudaba a reducir los niveles de estrés percibido y mejorar la CVRS (Zhou et al, 2010).

También, es posible que una mayor percepción del apoyo afectivo les ayude a disminuir o controlar los pensamientos intrusivos sobre la enfermedad, de manera que los niveles de estrés psicológico podrían bajar y así aumente el funcionamiento en el componente mental (Roberts, Stephen & Helgenson, 2006).

Asimismo, se podría decir que los hombres con cáncer de próstata que perciben un mejor apoyo afectivo podrían tener mayores recursos para poder enfrentar y reducir el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes producto de la enfermedad. Si bien esta neoplasia afecta la imagen de masculinidad en los hombres, la posibilidad de tener relaciones más sólidas y fuertes quizás podría generar un sentido de pertenencia a un núcleo familiar y social y de aceptación de la enfermedad. Así, aquellos hombres que cuenten con este tipo de apoyo podrían experimentar mayores emociones positivas y bienestar tanto consigo mismo como con su enfermedad, de manera que podrían tener un enfoque más positivo de su calidad de vida mental y se podrían sentir satisfechos con ella (Candiotti, 2013; Choi, Mulhall, & Roth, 2007; Fenco, 2010; Irving, 2008; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993; Oraá et al., 2013).

Es relevante señalar, que el contacto social en los hombres de esta investigación se ha mantenido. El apoyo social afectivo es un elemento clave en el proceso de ajuste y aceptación de la enfermedad. Así, es posible que aquellos hombres con cáncer de próstata que perciben mayores expresiones de afecto por los demás podrían haber aceptado de manera más saludable su enfermedad, reinterpretado de manera más positiva esta experiencia y transformado en un aprendizaje de cambio y crecimiento a futuro, por lo que mantengan su actividad social principalmente con aquellas personas con las que se sienten más aceptados y queridos y con los que puedan compartir su experiencia de enfermedad.

En este punto, es apropiado considerar las limitaciones del presente estudio. Una de ellas es que, debido a la edad o dificultades en la visión, la mayoría de los participantes solicitaban que se les lea la prueba para que ellos contesten de forma oral. Esto pudo provocar deseabilidad social, aunque el hecho de leérselo también les daba mayor apertura a que pregunten sobre el significado de los enunciados. Otro tema es que al ser la mayoría de provincia es posible que su concepción de apoyo social o percepción de vínculos e interacciones sociales sea diferente a los que eran y vivían en Lima.

Otra de las limitaciones sería la dificultad para acceder a la muestra, ya que al ser pacientes que acudían a consulta, el tiempo para aplicar fue largo (6 meses), además de que se tuvo que aplicar cada cuestionario de manera personal a cada persona, lo cual

demoró el tiempo de aplicación. El número de la muestra es otra limitación, ya que fueron 60 hombres con cáncer de próstata, la cual es una muestra pequeña. Asimismo, otra de las limitaciones que se tendría en el presente estudio sería que la mayoría de investigaciones en esta neoplasia son internacionales, por lo que las características sociodemográficas de estos pacientes son diferentes a las del contexto peruano, siendo la institución en el que se realizó la investigación un lugar con características particulares del contexto peruano (pacientes que provienen de provincia, con pocos recursos económicos y en algunos casos con un menor grado de instrucción). A pesar de ello, esta investigación se considera como un aporte que podría ayudar a futuras investigaciones en hombres con cáncer de próstata en el contexto peruano.

Por último, como recomendaciones, importante considerar una muestra más amplia con el fin de seguir explorando con respecto a la relación entre ambos constructos. Asimismo, sería interesante estudiar la CVRS y el apoyo social percibido en un estudio longitudinal, con el fin de analizar a nivel descriptivo y comparativo de acuerdo al momento de enfermedad. Por otra parte, se recomienda estudiar la relación de estos constructos en diferentes fases de la enfermedad: fase diagnóstico y fase tratamiento, para ver si se encuentran diferencias en relación a este constructo, puesto que la mayoría de los participantes de esta investigación habían recibido diferentes tipos de tratamiento. Otra recomendación sería estudiar los tipos de apoyo social percibido según el tamaño de la red social para examinar si se encuentran diferencias en estos.

Asimismo, sería interesante explorar a mayor profundidad el tema de la sexualidad y la relación de pareja para un estudio más profundo. Si bien, durante la aplicación de los instrumentos no se preguntó por el tema sexual, algunos participantes contaban este tema como parte de su enfermedad y sugerían que en futuras investigación se les preguntara, pues consideraban que era una de las áreas que más se afectaba a raíz de su enfermedad. Es importante señalar, que al ser la próstata un órgano sexual, esta área se ve afectada (Choi, Mulhall, & Roth, 2007; Sand, Fisher, Rosen, Heiman, & Eardley, 2008; Santos et al., 2013; Vinaccia et al., 2005). Por ello, se recomienda evaluar el funcionamiento sexual en los hombres con cáncer de próstata a un nivel más cualitativo, debido a que los instrumentos que miden esta variable se enfocan principalmente en evaluar conductas, mientras que un abordaje más cualitativo (entrevista) ayudaría a explorar el área sexual a mayor profundidad.

Finalmente, la presente investigación es una contribución para aproximarnos a investigar una población poco estudiada: hombres con cáncer de próstata. Así, es una

herramienta para poder tener un acercamiento mayor a la relación entre CVRS y apoyo social percibido. De esta manera, podría ser de utilidad para poder elaborar estrategias de intervención, herramientas o talleres que se enfoquen en favorecer un ajuste favorable a esta enfermedad oncológica.



Referencias bibliográficas

- Addis, M. E., & Mahalik, R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14. [https // doi / 10.1037/0003-066X.58.1.5](https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5)
- Alonso J., Prieto L., Antó J. (1995, Marzo). 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), 771-776.
- American Cancer Society (2016a, 4 de febrero). *Estadísticas importantes sobre el cáncer de próstata*. <https://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-what-is-key-statistics>.
- American Cancer Society (2016b, 16 de febrero). *Factores de Riesgo del cáncer de próstata*. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-causes-risk-factors>.
- American Cancer Society (2019, 13 de junio). *Estadísticas importantes sobre el cáncer de próstata*. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/acerca/estadisticas-clave.html>.
- Appleton, L., Wyatt, D., Parker, C., Crane, J., Jones, A., Moorhead, L., Brown, V., Wall C., & Pagett, M. (2015). The impact of prostate cancer on men's everyday life. *European Journal of Cancer Care*, 24, 71-84. [https://doi.org/ 10.1111/ecc.12233](https://doi.org/10.1111/ecc.12233).
- Araújo, J., Zago, M. (2019). Masculinities of prostate cancer survivors: a qualitative metasynthesis. *Revista Brasileira de enfermagem*, 72(1), 231-240. [https:// doi.org/ 10.1590/0034-7167-2017-0730](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0730).
- Arostegui, I. & Núñez-Antón, V. (2008, enero). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36. *Estadística española*, 50(167),147-192.
- Badía, X., Salamero, M. & Alonso, J. (2002). *La medida de la salud*. Barcelona: Edimac.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de investigación en Psicología*, 19(1), 171-190. [https:// doi: 10.15381/rinvp. v19i1.12452](https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452).
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI
- Baskin, A., Kwan,L., Zavala, M., & Chamie, K. (2017). The Impact of Partnership Status and Social Support on Health Related Quality of Life Outcomes in Men with Prostate Cancer. *Urology Practice*, 4(3), 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.urpr.2016.05.004>.

- Benitez, N., Casla S., Cassinello, J., Cerezo, E., Delgado, E., Gallardo, E., González, C., Gómez, A., Jorge, V., Juárez, A., López, J., Mirapeix, R., Río, A., Rodríguez-Moreno, J., Simón C., & Villalón, D., (2018). ¿Cómo convivir con el cáncer de próstata? *Manual de soluciones para pacientes y familiares*. Centro de investigación de endocrinología y nutrición clínica website: <http://www.ienva.org/como-convivir-con-el-cancer-de-prostata.pdf>.
- Boonzaier, A., Schubach, K., Troup, K., Pollard, A., Aranda, S., & Schofield, P. (2009). Development of psychoeducational intervention for men with prostate cancer. *Journal Psychosocial Oncology*, 27, 136-153. [https://doi: .1080/07347330802616100](https://doi.org/10.1080/07347330802616100).
- Botero de Mejía, B. & Pico, M. (2007, junio). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista hacia la promoción de la Salud*, 12, 11-24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., MSc., Siegel, R., Torre, L. & Jemal, A. (2018). Global Cancer Satatistics 2018: Globocan Estimates of Incidinterinternatence and Mortality Worldwide for 36 Cancer in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 68, 394-424. doi:10.3322/caac.21492.
- Candiotti, C. (2013). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria* [tesis de licenciatura, Universidad nacional mayor San Marcos]. Repositorio Digital de Tesis Digitales Cybertesis. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3471>.
- Costa, G., Salamero, M. & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOSS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina clínica*, 128 (18), 687-691. <https://doi.org/10.1157/13102357>.
- Costa-Junior, F. & Maia, A. (2009). Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), 55-63. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100007>.
- Cohen, S., Underwood, L., Gottlieb, B. (2000). *Social Support: Measurement and Intervention*. Oxford University Press: New York.
- Colloca, G. & Colloca P. (2016). The Effects of Social Support on Health-Related Quality of Life of Patients with Metastatic Prostate Cancer. *Journal of Cancer Education*, 31 (2), 244-252. [https://doi: 10.1007/s13187-015-0884-2](https://doi.org/10.1007/s13187-015-0884-2).

- Cockle, H. & Faithfull, S. (2010). Self-management for men surviving prostate cancer: a review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. *Psychooncology*, 19, 909-922. [https:// doi: 10.1002/pon.1657](https://doi.org/10.1002/pon.1657).
- Chambers, S., Zajdlewicz, L., Youlden, D., Holland, J. & Dunn, J. (2014). The validity of the distress thermometer in prostate cancer populations. *Psycho-oncology*, 23, 195-203. [https:// doi: 10.1002/pon.3391](https://doi.org/10.1002/pon.3391).
- Chambers, S., Kay, S., Baade, P., Aitken, J., Hyde, M., Wittert, G., Frydenberg, M., & Dunn, J., (2014). Trajectories of quality of life, satisfaction, and psychological adjustment after prostate cancer. *Psycho-oncology*, 26, 1576-1585. [https:// doi.org/ 10.1002/pon.4342](https://doi.org/10.1002/pon.4342).
- Ching-Hui, C., Cheng-Keng, C., Kuan-Lin, L., See-Tong, P., Chun-Te W., Ying-Hsu, C. (2019). Prostate cancer-specific anxiety and the resulting health-related quality of life in couples. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 63-74. [https://doi.org/ 10.1111/jan.13828](https://doi.org/10.1111/jan.13828).
- Choi, J., Nelson, C., Mulhall J., Roth, A., (2007). Determinant of sexual satisfaction in men with prostate cancer. *The Journal of sexual Medicine*, 4(5), 1422-1427. [https:// doi.org/ 10.1111/j.1743-6109.2007.00547.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00547.x).
- Cho, D., Park, C. & Blank, T. (2013). Emotional approach coping: gender differences on psychological adjustment in young to middleaged cancer survivors. *Psychology & Health*, 28(8),874-94. [https:// doi: 10.1080/08870446.2012.762979](https://doi.org/10.1080/08870446.2012.762979).
- Da Cruz, F. & Kern, E. (2018). Conductas de autocuidado y salud del hombre: el cáncer de próstata como ejemplo. *Summa Psicológica UST*, 15 (1), 80-89. [https://doi:10.18774/0719-448x.2018.15.345](https://doi.org/10.18774/0719-448x.2018.15.345).
- De la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005, abril). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de la Familia*, 6(1), 10-18. <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>
- Delgado, M., Prieto, M., João, M., Ayala, A., Rojo, F., Fernández, G. y Martínez, P. (2011). Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario eq-5d: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Revista española de salud pública*, 85, 555-568.

- De Sousa, A., Sonavane, S. & Mehta, J. (2012). Psychological aspects of prostate cancer: a clinical review. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 15, 120-127. <https://doi.org/10.1038/pcan.2011.66>.
- Díaz S. (2014). *Manual CTO de cirugía y medicina*. Madrid: CTO Editorial.
- Downing, A., Wright, P., Hounsborne, L., Selby, P., Wilding, S., Watson, E., Wagland, R., Kind, P., Donnelly, D., Butcher, H., Catto, J., Cross, W., Mason, M., Sharp, L., Weller, D., Velikova, G., McCaughan, E., Mottram, R., Allen, M., Kearney, T., McSorley, O., Huws, D., Brewster, D., McNair, E., Gavi, A. & Glaser, A. (2019). Quality of life in men living with advanced and localized prostate cancer in the UK: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 20(3):436-447 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30780-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30780-0).
- Steginga, S. K., Occhipinti, S., Dunn, J., Gardiner, R. A., Heathcote, P., & Yaxley, J. (2001). The supportive care needs of men with prostate cancer (2000). *Psycho-Oncology*, 10(1), 66–75. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<66::AID-PON493>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<66::AID-PON493>3.0.CO;2-Z).
- Eeva H., Anja, R., Marja, K., Mika, H., Taina, I., & Päivi, A. (2017). Marital relationship and health-related quality of life after prostate cancer diagnosis. *International Journal of Urological Nursing*, 11 (2), 73-81. <https://doi.org/10.1111/ijun.12131>.
- Ezer, H., Rigol, J., Saad, F., Aprikian, A., & Souhami, L. (2012). Psychosocial Adjustment of Men During the First Year of Prostate Cancer, *Cancer Nursing*, 35 (2). <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31821f1b81>.
- Fan, A. (2002). Psychological and psychosocial effects of prostate cancer. *Nursing Standard*, 17(13), 33-37.
- Fenco, M. (2010). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión* [tesis de licenciatura, Universidad nacional mayor San Marcos]. Repositorio Digital de Tesis Digitales Cybertesis. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1299>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, B., Pascual, C., & García, J., (2004). El cáncer de próstata en la actualidad. *Psicooncología*, 1(2-3), 181-190. <https://dx.doi.org/10.5209/PSIC>.
- Fulla, J., Rosenfeld, R., Fleck, D., Campos, D., Oyanedel, F., Ramos, C., Campero, J., Valdevenitor, R., Sánchez, C., Álvarez, E., Zambrano, N., Hinrichs, A., Susaeta, R., Salgado, G., & Nicolai, H. (2014, mayo). Evaluación de la calidad de vida

- en pacientes con cáncer de próstata tratados mediante prostatectomía radical. Estudio prospectivo y resultados a dieciocho meses de seguimiento. *Revista Chilena de Urología*, 79 (1), 36-40.
- Fuller, N. (2017). *No uno sino muchos rostros: identidad masculina en el Perú urbano*. <https://es.scribd.com/document/346689348/Identidad-Masculina-en-El-Peru-Urbano-EDITADO>.
- Fuller, N. (1996). *Los estudios sobre la masculinidad en el Perú*. Fondo Editorial de la PUCP.
- Fransson, P. (2008). Quality of Life for Members of Swedish Prostate Cancer Patient Associations. *Cancer Nursing*, 31 (1), 23-31. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305671.60469.c9>.
- García, I. & Nader, F. (2009, enero-junio). Estereotipos masculinos en la relación de pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 37-45.
- Grupo Español de Pacientes con cáncer (15/07/2018). *La historia jamás contada: Día mundial del cáncer de próstata*. [Página Web]. <http://cancerprostata.org/diamundial2018/>.
- Helgenson, V. & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15 (2), 135-148. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.15.2.135>
- Huprich, S. & Frisch, M., B. (2004). The Depressive Personality Disorder Inventory and its relationship to quality of life, hopefulness and optimism. *Journal of personality assessment*. 83(1), 22-28. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8301_03.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017). *Casos nuevos de cáncer registrados en INEN, período 2000-2017* (ambos sexos). Recuperado de https://portal.inen.sld.pe/wpcontent/uploads/2019/04/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2017_VF.pdf.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2018). *Casos nuevos registrados en INEN, período 2009-2018*. Recuperado de <https://portal.inen.sld.pe/wpcontent/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>.
- International Agency for Research on Cancer (2019). *The Global Cancer Observatory: Peru Source Globocan 2018*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>

- Irving, M. (2008). Prostate Cancer and the Social Construction of Masculine Sexual Identity. *International Journal of Men's Health*, 7, 299-306. [https://doi: 10.3149/jmh.0703.299](https://doi.org/10.3149/jmh.0703.299).
- Saira, K., Kenneth, N., Adam, K., Gurdashan, S., Dorina, K., Seth, S., Robert, G., Kathleen, W. & Siobahn, S. (2019). The association of marital status and mortality among men with early-stage prostate cancer treated with radical prostatectomy insight into post-prostatectomy survival strategies. *Cancer Causes & Control*, 30, 871–876. <https://doi.org/10.1007/s10552-019-01194-y>.
- Michael, J., Stephanie, B., Arvid, S., Fredrik, W., Stattin, P., Erik, H., Groenberg, H. & Balter, K. (2016). The role of stress and social support in prostate cancer mortality. *Scandinavian Journal of Urology*, 50 (1), 47-55. [https:// doi: 10.3109/21681805.2015.1079796](https://doi.org/10.3109/21681805.2015.1079796).
- Jayadevappa, R., Chhatre, S., Whittington, R., Bloom, B., Wein, A. & Malkowicz, B. (2006). Health-related quality of life and satisfaction with care among older men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy. *BJU International*, 955-962. [https://doi.org/ 10.1111/j.1464-410X.2006.06128.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06128.x).
- Kaplan, R. & Bush, J. (1982). Health-Related Quality of life for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61-80. Recuperado de http://rmkaplan.bol.ucla.edu/Robert_M._Kaplan/1982_Publications_files/0066.pdf.
- Klaeson, K., Sandell, K. & Berterö, C. (2013). Talking about sexuality: desire, virility and intimacy in the context of prostate cancer associations. *American Journal of Men's Health*, 7(1), 42-53. doi: 10.1177/1557988312458143.
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Model*. New York: Guilford Press.
- Kobuke, M., Saika, T., Nakanishi, Y., Ebara, S., Manabem, D., Uesugi, T.,...Kumon, H. (2009). Prospective longitudinal comparative study of Health-Related Quality of life in patients treated with Radical Prostatectomy or Permanent Brachytherapy for Prostate Cancer. *Acta Médica Okayama*, 63 (3), 129-135.
- Laursen, B. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (1), 120-127. doi: 10.1111/scs.12328.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Co.
- Liaw, B. & Oh, W. (2018). Prostate Cancer. En The American Cancer Society (Eds). The American Cancer Society's Oncology in Practice: Clinical Management (pp. 344-362). doi: 10.1002/9781118592168.ch26.
- Lugo, L., García, H., Gómez, C. (2006, octubre). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 24 (2), 37-50.
- McCaughan, E., Prue, G., McSorley, O., Northouse, L., Schafenacker, A. & Parahoo, K. (2013). A randomized controlled trial of a self-management psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: a study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), 2572-2583. [https://doi: 10.1111/jan.12132](https://doi.org/10.1111/jan.12132).
- Macefield, R., Metcalfe, C., Lane, J., Donovan, J., Avery, K., Blazeby, J.,... (2010). Impact of prostate cancer testing: an evaluation of the emotional consequences of a negative biopsy result. *British Journal of cancer*, 102, 1335-1340. doi: 10.1038/sj.bjc.6605648.
- Manne, S., Badr, H., Zaider, T., Nelson, C. & Kissane, D. (2010). Cancer-related communication relationship intimacy and psychological distress among couples coping with localized prostate cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 4, 74-85. [https://doi: 10.1007/s11764-009-0109-y](https://doi.org/10.1007/s11764-009-0109-y).
- Mehnert, A., Lehman, C., Graefen, M., Huland, H., Kock, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of cancer care*, 19, 736-745. [https://doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01117](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01117).
- Mols, F., Van de Poll-Franse, L., Vingerhoets, A., Hendriks, A., Aaronson, N.,... Essink-Bot, M. (2006). Long-term quality of life among Dutch prostate cancer survivors: Results of a population-based study. *American Cancer Society*, 107, 2186-2196. doi: 10.1002/cncr.22231.
- Namiki, S. & Arai, Y. (2010). Health-related quality of life in men with localized prostate cancer. *International Journal Urology*, 17, 125-138. [https://doi: 10.1111/j.1442-2042.2009.02437.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2009.02437.x).
- Shumaker, M., & Naughton, M., (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 15, 117-131.

- Nelson, C., Choi, J., Mulhall, J. & Roth, A. (2007). Determinants of sexual satisfaction in men with prostate cancer. *The Journal of sexual medicine*, 4(5), 1422-1427.
- Novoa, M., Cruz, C., Rojas, L. & Winz, K. (2003, junio). Efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Universitas Psychological*, 2 (2), 169-186. <http://www.redalyc.org/pdf/647/64720207.pdf>.
- Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Oblitas, L. & Palacio, X. (2009). *Intervención Psicológica en Cáncer*. Bogotá: PSICOM.
- Oráa, N., Sánchez, M., Ossola, G., Vélez, E., Javier, F., Del Pino, N. (2013). Eficacia de las intervenciones psicológicas en hombres con cáncer de próstata. *Psicooncología*, 10 (2-3), 339-351. [https://doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43454](https://doi:10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43454)
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). *Health Policy Quality of Life: Health Care Evaluations and Resource*. Oxford University Press: New York.
- Pereira, R., Spaolonzi, Y., Tobias-Machado, M. & Pompeo, A. (2011). Quality of Life, Behavioral Problems, and Marital Adjustment in the First Year After Radical Prostatectomy. *Clinical Genitourinary Cancer*, 9 (1), 53-58. [https://doi: 10.1016/j.clgc.2011.05.005](https://doi:10.1016/j.clgc.2011.05.005).
- Perry, L., Hoerger, M., Silberstein, J., Sartor, O. & Duberstein, P. (2018). Understanding the distressed prostate cancer patient: Role of personality, *Psycho-oncology*, 27, 810-816. doi: 10.1002/pon.4579.
- Pickett, M., Watkins, D., Joseph, A. & Burggraf, V. (2000). Prostate cancer Elder alert: Living with a treatment choices and outcomes. *Journal of Geontological Nursing*, 26, 22-32.
- Pirl, W. & Mello, J. (2002). Psychological complications of prostate cancer. *Oncology*, 16, 1448-1453.
- Pinheiro de Oliveira, R., Conceição, M., Ramos, S., Batista, V. & Alves, A. (2014). Emotional aspects of prostate cancer post-treatment: an integrative literature review, *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(4), 699-707. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/5a9f/01990c6c8ac2249dfe9cdaf86ee15b3cd7cb.pdf>.
- Potosky, A. Davis, W., Hoffman, R., Stanford, J., Stephenson, R., Penson, D., Harlan, L. (2004). Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. *Journal of the national cancer institute*, 96, 1358-1367. [https://doi: 10.1093/jnci/djh259](https://doi:10.1093/jnci/djh259).

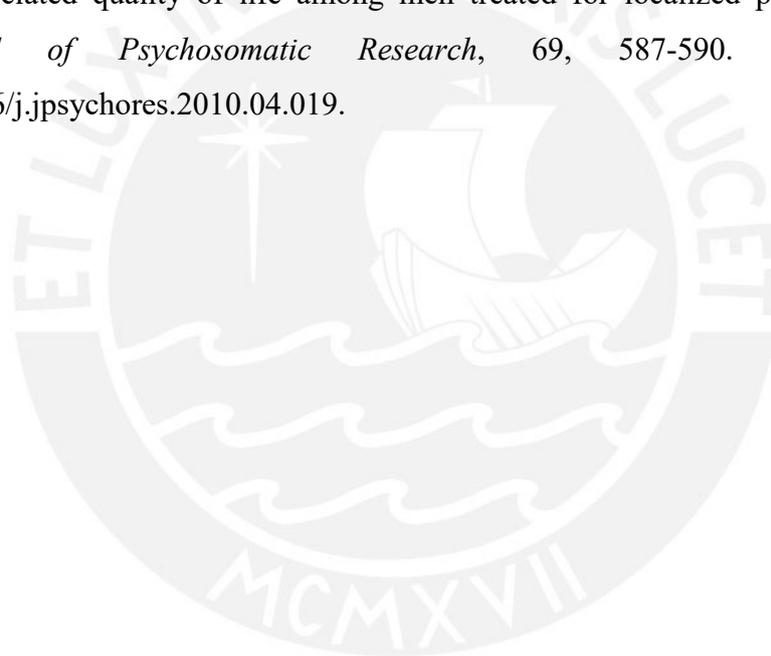
- Pow-Sang M. & Huamán A. (2013, enero). Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 30(1), 124-128.
- Prieto, M. E., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K. & Rojo, J. M. (2008, junio). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 301-313.
- Queenan, J., Feldman-Steward, D., Brundage, M. & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, 251-259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.01029.x>
- Ramos, W. (2017, mayo). Vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios año 2016. (21 al 27 de mayo, 2017). *Boletín epidemiológico del Perú*.
- Rivero, A. & Berríos, R. (2016). El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6 (1), 164-190. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>.
- Ridout, A., Emberton, M. & Moore, C. (2016). Sexual dysfunction and prostate cancer therapy. Male sexual Dysfunction. En S.Minhas, J. Mulhall, FECSM & FACS. *Male Sexual Dysfunction: A Clinical Guide*. doi: 10.1002/9781118746509.ch32.
- Roberts, K., Stephen, L. & Helgenson, V. (2006). Social-Cognitive correlates of adjustment to prostate cancer. *Psycho-oncology*, 15, 183-192. [https://doi: 10.1002/pon.934](https://doi.org/10.1002/pon.934).
- Rondorf-Klym, L., Colling, J., (2003). Quality of life after radical prostatectomy. *Oncology Nursing Forum*, 30, 24-32. [https://doi: 10.1188/03.ONF.E24-E32](https://doi.org/10.1188/03.ONF.E24-E32).
- Rodrigo & Byrne (2011). Social Support and Personal agency in At-Risk Mothers. *Psychosocialintervention*, 20 (1), 13-24.
- Rodríguez-Marin, J., Pastor, A. & López-Roig Sofia. (1993, junio). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5 (1), 349-372.
- Rodríguez, S., & Héctor, E. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 155- 168.
- Salazar, F. & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 13. [https://doi: 10.1177/1010539511432879](https://doi.org/10.1177/1010539511432879).

- Sánchez, R., Sierra, F. & Martín, E. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer?. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (3). doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.01.
- Sand, M., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J. & Eardley, I., (2008). Erectile dysfunction of constructs of masculinity and quality of life in multinational men's attitude to life events and sexuality (Males) study. *The Journal of sexual medicine*, 5, 583-594. doi; 10.1111/j.1743-6109.2007.00720.x.
- Sanders, S., Pedro, L., Bantum, E. & Galbraith, M. (2006). Couples surviving prostate cancer: Long-term intimacy needs and concerns following treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10 (4), 503-508. <https://doi.org/10.1188/06.CJON.503-508>.
- Santos, J., Monteiro, V., Eder, S., Elizabeth, M., Vilela, E. & Fernandes, R. (2013). The social representations of men about prostate cancer. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5, 3884-3893. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3884.
- Saranson, I., Saranson, B., Hacker, T. & Bashman, R. (1985). Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (2), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.2.469>.
- Sierra, K., Viveros, C., Martínez, G., Hernández, O. & Caballero, G. (2014). Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. *Revista Mexicana de Urología*, 74 (3), 133-140.
- Sociedad española de Oncología Médica (2017). Las cifras del cáncer en España 2017. Recuperado de https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf.
- Soto, M. & Failde, I. (2004). Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Revista Social Española del Dolor*, (11), 505-514.
- Sureda, A., Fumadó, L., Ferrer, M., Garín, O., Bonet, downingX....Suárez, F. (2019). Health-related quality of life in men with prostate cancer undergoing active surveillance versus radical prostatectomy, external-beam radiotherapy, prostate brachytherapy and reference population: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17 (11), 1-9. doi: 10.1186/s12955-019-1082-4.

- Scherboune, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32 (6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B).
- Shumaker, S. & Naughton, M. (1996). *Quality of life: theory translation measurement and analysis*. Oxford, England: Rapid Communication of Oxford.
- Schwarzer, R., Knoll, N., Rieckman, N. (2003). *Introduction to health Psychology*. Blackwell: Oxford.
- Schwartzmann, L. (2003, diciembre). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Stapleton, S. & Pattison, N. (2015). The lived experience of men with advanced cancer in relation to their perceptions of masculinity: a qualitative phenomenological study. *Journal of clinical nursing*, 24(7), 1069-1078. doi: 10.1111/jocn.12713.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6ta ed. McGraw-Hill Interamericana, México.
- Testa, M. & Simonson, D. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840. doi: 10.1056/NEJM199603283341306.
- Thoits, P. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52 (2), 14-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.
- Thomas, C., Wootten, A., Robinson, P., Law, P. & Mckensie, D. (2018). The impact of sexual orientation on body image, self-esteem, urinary and sexual functions in the experience of prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27, 1-9. doi: 10.1111/ecc.12827.
- Uchino, B. (2006). Social Support and Health: A Review of Pshysiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>.
- Uchino, B., Bowen, K. & Kent, R. (2016). Social Support and Mental Health. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 189-195. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00117-8>.
- Vanagas, G., Mickeviciene, A. & Ulys, A. (2013). Does quality of life of prostate cancer patients differ by stage and treatment?. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 58-64. <https://doi.org/10.1177/1403494812467503>.
- Vega, & González, (2009). Apoyo Social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8 (2), 1-11. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351/63971>.

- Vilagut, G., Ferrera, M., Rajmilb, L., Rebolloc, P., Permanyer-Miraldad, G., Quintanae, J., Santeda, R., Valderasa, J., Riberad, A., Domingo-Salvanya, A. & Jordi Alonso (2005, noviembre). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, (2), 135-150
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005, junio). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Sierra, F., Monsalve, M., Cano, E., Tobón, S., (2006). Creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 7-16. Recuperado <http://www.redalyc.org/pdf/801/80112046002.pdf>.
- Vinaccia, S. & Quiceno, M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Fonseca, P. & Hamilton, F. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática, *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2), 47-56.
- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., Del Barrio, J.L. & Lozano, L. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina Clinica*, 128(13), 486-492. [https:// doi: 10.1157/13100935](https://doi.org/10.1157/13100935)
- Wagner, A., Gandek, B., Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bullinger, M., Bjorner, J., Fukuhara, S., Kaasa, S., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S. & Ware, J. (1998, julio). Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQQLA Project. International Quality of life assessment. *Journal Clinical of Epidemiology*, 51(11), 925-932.
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992, julio). The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Ware, J. & Gandek, B. (1998, julio). Methods for Testing Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability: The IQQLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 945-952.
- Weber, B., Beverly, L., Robert, S., Resnick, M., Deimling, G., Jaclene, A.,... Yarandi, H. (2004). The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support and depression for men with prostate cancer. *Psychooncology*, 13 (1), 47-60.

- Wittmann, D., Northouse, L., Crossley, H., Miller, D., Dunn, R., Nidetz, J., Moya, M., Lavin, K. & Montie, J. (2015). A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(2), 155-168. [https://doi/ 10.1080/0092623X.2013.842194](https://doi/10.1080/0092623X.2013.842194).
- Yao-Lin, K., Yuh-Shyan, T., Fat-Ya, O., Ya-Jhu, S., Chien-Hui, O., Wen-Horng, Y., Hong-Lin, C., Tzong-Shin, T. & Jung-Der, W. (2015). Determinants of quality of life in prostate cancer patients: A single institute analysis. *Urological Science*, 26, 254-258. <https://doi.org/10.1016/j.urols.2015.06.288>.
- Zhou, E., Penedo, F., Lewis, J., Rasheed, M., Traeger, L., Lechner, S., Soloway, M., Kava, B. & Antoni, M. (2010). Perceived stress mediates the effect of social support on health-related quality of life among men treated for localized prostate cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 587-590. [https:// doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.04.019](https://doi:10.1016/j.jpsychores.2010.04.019).





APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es proveer a los participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como de su rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por Claudia Aurora Incaluque Condori, alumna de Psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, quien se encuentra bajo la supervisión de la Lic. Rocío Soto. Asimismo, cuenta con el respaldo del Departamento de Psicología de la PUCP y con la aprobación del INEN.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción que tienen los hombres con cáncer de próstata durante el proceso de la enfermedad, en relación a su vida diaria y con el entorno social. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una ficha de datos, así como dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo, durante los cuales se le brindará un espacio de escucha. Asimismo, en caso Ud. lo solicite, se le proporcionará un espacio de acompañamiento psicológico en el servicio de psicología luego de la aplicación.

La participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Sus respuestas a los cuestionarios resueltos por Ud. serán anónimos, por ello serán codificados utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que Ud. da su consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda sobre este proyecto, Ud. es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio para Ud. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Para cualquier consulta sobre el estudio puede comunicarse con la asesora de la investigación la Lic. Rocío Soto, docente del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú al correo rocio.sotob@pucp.pe

En caso de respuestas a las preguntas sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a Aristides Juvenal Sánchez Lihón, Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) a través del teléfono 201-6500, anexo 3001 o al correo electrónico comité_etica@inen.sld.pe

Muchas Gracias por su tiempo y participación

Firma del participante

Fecha

Nombre del Investigador responsable

Firma

Fecha

Apéndice B: Características sociodemográficas y de enfermedad

Edad	M	DE	Comorbilidad	f	%
50-80	67.67	7.97	Hipertensión	3	30
Grado de instrucción	f	%	Hemorroides	1	10
Primaria	11	18.3	Asma	5	50
Secundaria	30	50	Estado civil	f	%
Superior	19	31.7	Soltero	5	8.3
Lugar de origen	f	%	Casado	44	73.3
Lima	12	20	Conviviente	8	13.3
Provincia	48	80	Viudo	1	1.7
¿Desde cuándo vive en Lima?	f	%	Divorciado	2	3.3
Vivo en Lima siempre	17	28.3	Pareja	f	%
Desde antes de la enfermedad	15	25	Sí	40	66.7
Solo vengo por el tratamiento	28	46.7	No	20	33.3
Composición familiar actual	f	%	Tiempo que lleva con pareja (años)	M	DE
Familia nuclear	34	56.7	1-54	36.13	12.34
Familia extensa	26	43.3	Antecedentes de cáncer en familiares	f	%
¿Trabaja actualmente?	f	%	Sí	33	55
Sí	23	38.3	No	27	45
No	37	61.7	Tipos de cáncer (antecedentes familiares)	f	%
Tiempo sin trabajar (meses)	M	DE	Cáncer de piel	3	5
9-360	83.03	81.02	Glioblastoma multiforme	1	1.7
¿Dejo de trabajar por enfermedad?	f	%	Cáncer de próstata	11	18.3
Sí	11	26.8	Cáncer de estómago	5	8.3
No	30	73.2	Cáncer de hueso	2	3.3
Estadio clínico	f	%	Cáncer de pulmón	4	6.7
II	17	28.3	Cáncer de vejiga	3	5
III	43	71.7	Cáncer de cavidad oral	1	1.7
Tiempo que recibió el diagnóstico	M	DE	Cáncer de mama	2	3.3
6-120 meses	41.77	27.91	Cáncer de cuello uterino	1	1.7
Tratamiento	f	%	Tiempo post tratamiento	M	DE
Radioterapia	2	3.3	6-12 meses	44	71.7
Cirugía	6	10	12 a más	17	28.3
Terapia hormonal	3	5			
Tratamientos con terapia hormonal	28	46.7			
Tratamientos sin terapia hormonal	21	35			

APÉNDICE C: Consistencia interna SF-36*Confiabilidad de las dimensiones de Calidad de vida*

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
Función física $\alpha=.79$	S3A	.46	.78
	S3B	.68	.74
	S3C	.61	.76
	S3D	.61	.75
	S3E	.41	.78
	S3F	.41	.78
	S3G	.64	.75
	S3H	.48	.77
	S3I	.00	.80
	S3J	.24	.79
Dolor corporal $\alpha=.73$	S7	.58	.0
	S8	.58	.0
Rol físico $\alpha=.88$	S4A	.65	.89
	S4B	.88	.80
	S4C	.65	.89
	S4D	.84	.82
Salud general $\alpha=.74$	S1	.81	.61
	S11A	.22	.79
	S11B	.57	.67
	S11C	.42	.73
	S11D	.63	.65
Rol emocional $\alpha=.92$	S5A	.86	.86
	S5B	.78	.93
	S5C	.88	.84
Vitalidad $\alpha=.69$	S9A	.47	.62
	S9E	.58	.54
	S9G	.45	.63
	S9I	.38	.67
Función Social $\alpha=.57$	S2	.14	.0
	S6	.14	.0
Salud mental $\alpha=.76$	S9B	.27	.71
	S9C	.72	.47
	S9D	.52	.58
	S9F	.63	.56
	S9H	.13	.74

Confiabilidad de los componentes de Calidad de vida

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
Componente físico $\alpha=.84$	S3A	.38	.83
	S3B	.58	.82
	S3C	.56	.83
	S3D	.65	.82
	S3E	.31	.84
	S3F	.46	.83
	S3G	.56	.83
	S3H	.42	.83
	S3I	.00	.84
	S3J	.27	.84
	S7	.55	.83
	S8	.63	.82
	S4A	.45	.83
	S4B	.63	.82
	S4C	.64	.82
	S4D	.53	.83
	S1	.49	.83
	S11A	.13	.84
	S11B	-.00	.85
S11C	.19	.84	
S11D	.12	.84	
Componente mental $\alpha=.89$	S5A	.81	.87
	S5B	.71	.87
	S5C	.79	.87
	S9A	.67	.88
	S9E	.72	.87
	S9G	.26	.89
	S9I	.33	.89
	S2	.47	.88
	S6	.44	.88
	S9B	.23	.89
	S9C	.62	.88
	S9D	.63	.88
	S9F	.65	.88
S9H	.69	.87	

APÉNDICE D: Consistencia interna MOS*Confiabilidad de la escala de Apoyo social percibido*

	Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
Apoyo social percibido total $\alpha=.88$	MOS2	.27	.88
	MOS3	.26	.88
	MOS4	.60	.87
	MOS5	.36	.88
	MOS6	.80	.86
	MOS7	.62	.87
	MOS8	.35	.88
	MOS9	.60	.87
	MOS10	.42	.87
	MOS11	.62	.87
	MOS12	.61	.87
	MOS13	.51	.87
	MOS14	.34	.88
	MOS15	.11	.86
	MOS16	.74	.86
	MOS17	.66	.86
	MOS18	.48	.87
	MOS19	.68	.86
	MOS20	.65	.87
	Apoyo emocional/Informacional $\alpha=.84$	MOS3	.16
MOS4		.73	.81
MOS8		.33	.84
MOS9		.64	.82
MOS11		.54	.83
MOS13		.58	.82
MOS14		.39	.84
MOS16		.69	.81
MOS17		.69	.81
MOS19	.59	.82	
Apoyo instrumental $\alpha=.60$	MOS2	.38	.56
	MOS5	.63	.31
	MOS12	.32	.59
	MOS15	.29	.59
Apoyo afectivo $\alpha=.77$	MOS6	.74	.68
	MOS7	.53	.73
	MOS10	.49	.75
	MOS18	.45	.75
	MOS20	.58	.72

APÉNDICE E**Ficha de datos****I. Información personal**

Edad: _____

Estado civil:

Soltero	
Casado	
Conviviente	
Viudo	
Divorciado	

Grado de instrucción:

Primaria incompleta		Técnica incompleta	
Primaria completa		Técnica completa	
Secundaria incompleta		Superior incompleta	
Secundaria completa		Superior completa	

Lugar de origen. Marque con una X

 Lima Provincia. Especifique _____

¿Desde cuándo está viviendo en Lima?:

He vivido en Lima siempre	
Vivo en Lima desde antes de mi enfermedad	
Vivo en Lima desde que empezó mi tratamiento	
Solo vengo por mi tratamiento a Lima	

Si está viviendo en Lima. Especifique ¿Hace cuánto tiempo? (en meses) _____

¿Con quiénes vives? (puede marcar más de una opción):

Pareja			
Hijos/Hijas		¿Cuántos?	
Hermanos/Hermanas		¿Cuántos?	
Sobrinos/Sobrinas		¿Cuántos?	
Otros		Especifique	

¿Actualmente tiene pareja?

Sí		No	
----	--	----	--

En caso tenga pareja, ¿Cuánto tiempo lleva con ella? (en meses) _____

En caso tenga pareja, ¿Percibe que lo apoya a Ud. durante su enfermedad?

Sí		No	
----	--	----	--

II. Información laboral

¿Actualmente trabaja?

Sí		No	
----	--	----	--

Profesión u ocupación actual: _____

Si es que dejó de trabajar, ¿lo hizo por la enfermedad?

Sí		No	
----	--	----	--

¿En qué trabajaba?: _____

¿Desde hace cuánto tiempo que no trabaja? (en meses) _____

III. Información médica

Diagnóstico Médico: _____

¿Hace cuánto tiempo recibió el diagnóstico? (en meses) _____

Estadio clínico de la enfermedad: _____

Tratamientos:

Tratamientos anteriores			Tratamientos actuales		
Radioterapia			Radioterapia		
Quimioterapia			Quimioterapia		
Cirugía	¿Cuál?		Cirugía	¿Cuál?	
Braquiterapia			Braquiterapia		
Terapia hormonal			Terapia hormonal		
Otro (especifique)			Otro (especifique)		

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último tratamiento? (en meses) _____

¿Tiene Ud. otra enfermedad a parte del cáncer?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- ¿Cuál? _____

¿Tiene antecedentes de cáncer en su familia?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- ¿Qué tipo de cáncer? _____

APÉNDICE F: Análisis de normalidad*Análisis de Normalidad por asimetría y curtosis*

Dimensiones	Asimetría	Curtosis
Rol físico	-.80	-1.05
Dolor Corporal	-.37	-.66
Salud general	.48	-.93
Vitalidad	-.22	-.62
Función física	-.32	-1.24
Función Social	-.81	.28
Rol emocional	-1.30	-.07
Salud mental	-.35	.20
Componente físico	-.27	-.95
Componente mental	-1.07	.20
Apoyo instrumental	-.25	-.75
Apoyo emocional/Informacional	-.03	-1.29
Apoyo afectivo	-.19	-1.30
Apoyo Social Percibido Global	-1.49	-1.48