



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

APOYO FAMILIAR Y DESESPERANZA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN  
HOSPITAL DE LIMA, 2019

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

**Autor:**

Román Ninaja, Fabrizio Iván Jesús

**Asesora:**

Aguirre Morales, Marivel Teresa  
(ORCID: 0000-0002-0680-2616)

**Jurado:**

Pinto Herrera, Florita

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

**Lima - Perú**

**2023**





## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

AI – ROMAN NINAJA FABRIZIO IVAN JESUS- OFICIO N° 070 -2023-OGGE-AS-FAPS-UNFV

Fecha del Análisis:

26 /04/2023

Operador del Programa  
Informático:

SALAZAR CHAMBA SOFIA TERESA

Correo del Operador del  
Programa Informático:

ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje:

1 %

Asesor:

MARIVEL AGUIRRE MORALES

Título:

APOYO FAMILIAR Y DESESPERANZA EN PACIENTES ONCOLOGICOS DE UN  
HOSPITAL DE LIMA 2019.

Enlace:

<https://secure.arkund.com/view/157981990-438019-954664>

Jefe de la Oficina de Grados  
y Gestión del Egresado:



Sello

MG. VILMA BARTOLA ZEGARRA MARTINEZ



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APOYO FAMILIAR Y DESESPERANZA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UN  
HOSPITAL DE LIMA, 2019

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional Licenciado en Psicología con mención en  
Psicología Clínica

Autor:

Román Ninaja, Fabrizio Iván Jesús

Asesora:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

ORCID: 0000-0002-0680-2616

Jurado:

Pinto Herrera, Florita

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Lima – Perú

2023

“Para empezar un gran proyecto, hace falta valentía. Para terminar un gran proyecto, hace falta perseverancia”.

Carlos Cuauhtémoc Sánchez

**Dedicatoria**

Dedicado a mis padres y hermanito Cristhian quienes me acompañaron en mi vida universitaria paso a paso, a mi Nona que cada año que iba a visitarla renovaba mi corazón, mi alma y convicción para ser un hombre de bien.

### **Agradecimiento**

Agradezco en primer lugar a mi asesora Dra. Marivel Aguirre quien fue guía en esta etapa final para mi titulación, agradezco a mis maestros por las lecciones académicas y de vida impartidas en aula.

Agradezco a Dios y a la Virgen María quienes son mi protección, compañía y fe en mi vida, agradezco a mi familia que me vio crecer profesionalmente, a mi pareja Micaela por ser compañera en el momento más importante y bonito de mi vida profesional.

## Índice

Pensamiento	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Indice	5
Resumen	7
Abstract	8
I. Introducción	9
1.1. Descripción y formulación del problema	11
1.2. Antecedentes	16
1.3. Objetivos	23
1.4. Justificación	24
1.5. Hipótesis	25
II. Marco Teórico	26
2.1. Bases Teóricas Desesperanza de Vida	26
2.1.1. Definición	26
2.1.2. Dimensiones de Desesperanza de Vida	27
2.1.3. Modelo Explicativo: Principio de Indefensión Aprendida	29
2.2. Bases Teóricas Apoyo Familiar	31
2.2.1. Definición	31
2.2.2. Dimensiones de Apoyo Familiar	32
2.2.3. Modelo Explicativo: Apoyo vincular familiar de Kane	33
2.3. Desesperanza de vida y apoyo familiar en paciente oncológico	34
III. Método	35
3.1. Tipo de Investigación	35
3.2. Ámbito temporal y espacial	36
3.3. Variables	37
3.4. Población y muestra	38

3.5. Instrumentos	40
3.6. Procedimientos	42
3.7. Análisis de datos	42
3.8. Consideraciones éticas	43
IV. Resultados	44
V. Discusión de resultados	54
VI. Conclusiones	63
VII. Recomendaciones	64
VIII. Referencias	65
IX. Anexos	77

## Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar la existencia de correspondencia entre el apoyo familiar y la desesperanza de vida en pacientes oncológicos de un hospital de Lima. El tipo de investigación es básica, de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de alcance correlacional y corte transversal, la muestra se conformó de 120 pacientes oncológicos de consultorio externo y de la unidad de quimioterapia del servicio de oncología médica de un hospital de Lima. Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron, la Escala de Percepción de Apoyo Familiar elaborada por Leitón (1998) en el contexto peruano, y la Escala de Desesperanza de Beck elaborada por Beck et al. (1974) y adaptada en Perú por Aliaga et al. (2006). Los resultados obtenidos dan cuenta que se confirmó la relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la desesperanza de vida ( $\rho = -0.740$ ;  $p < 0.05$ ), por otra parte, respecto del análisis dimensional del apoyo familiar se halló que dos de las dimensiones se hallaban relacionadas en forma negativa y fuerte con la desesperanza, apoyo instrumental ( $\rho = -0.739$ ) apoyo emocional ( $\rho = -0.718$ ), mientras que, existió una relación negativa y moderada con el apoyo informativo ( $\rho = -0.589$ ). Del análisis de modelo de regresión lineal se obtuvo que el apoyo familiar interactúa en forma de barrera respecto de la desesperanza, es decir, que las dimensiones del apoyo familiar tienen un impacto diferente en mayor o menor intensidad para reducir los niveles de desesperanza en el paciente oncológico.

*Palabras clave: apoyo familiar, desesperanza de vida, paciente oncológico, apoyo instrumental, apoyo emocional, apoyo informativo*

### Abstract

The main objective of this research work was to determine the existence of correspondence between family support and hopelessness in cancer patients at a hospital in Lima. The type of research is basic, with a quantitative approach, with a non-experimental design, correlational scope and cross section, the sample was made up of 120 cancer patients from the outpatient clinic and from the chemotherapy unit of the medical oncology service of a hospital in Lima. The instruments used in the research were the Family Support Perception Scale elaborated by Leitón (1998) in the Peruvian context, and the Beck Despair Scale elaborated by Beck et al. (1974) and adapted in Peru by Aliaga et al. (2006). The results obtained show that the statistically significant relationship between family support and hopelessness of life was confirmed ( $\rho = -0.740$ ;  $p < 0.05$ ), on the other hand, regarding the dimensional analysis of family support, it was found that two of the dimensions they were negatively and strongly related to hopelessness, instrumental support ( $\rho = -0.739$ ) and emotional support ( $\rho = -0.718$ ), while there was a negative and moderate relationship with informational support ( $\rho = -0.589$ ). From the analysis of the linear regression model, it was obtained that family support interacts in the form of a barrier with respect to hopelessness, that is, that the dimensions of family support have a different impact in greater or lesser intensity to reduce the levels of hopelessness in the patient. oncology.

Keywords: family support, hopelessness of life, cancer patient, instrumental support, emotional support, informational support

## I. Introducción

La desesperanza de vida es una condición o estado psicológico/físico que es considerado como un factor invalidante en el desarrollo autónomo del ser humano, se considera que es un estado posterior a la depresión y previo a la ideación suicida, por lo que, al encontrarse en el medio de ambas condiciones debe motivar un estudio profundo del porqué se presenta en la vida de una persona. Algunos autores como Beck, sostuvieron que este tipo de condición está presente en el ámbito hospitalario, específicamente en aquellos profesionales de la salud que atienden pacientes con enfermedad crónica a quienes solo pueden dar un tratamiento paliativo, más tarde, dicho autor estudiaría la desesperanza en pacientes con enfermedades terminales o crónicas, entendiendo que en ellos se presenta con mayor frecuencia este malestar. De allí que, a lo largo de los años se ha considerado que el apoyo social forma uno de los pilares para aletargar o impedir que se pierda el bienestar general del paciente, sin embargo, para pacientes con enfermedades oncológicas este proceso de pérdida del bienestar es inevitable, en ese punto, el apoyo familiar se vuelve el punto eje para la recuperación mental y física del paciente.

En respuesta del análisis anterior, no se ha podido aseverar en la realidad peruana que el apoyo familiar es importante para mejorar los niveles de desesperanza en el paciente oncológico, se cree que el apoyo familiar genera una variabilidad en el estado emocional de forma indiscutible, no obstante, no se ha concretado el análisis de cuál dimensión del apoyo familiar posee una mejor influencia sobre la desesperanza, mucho menos se ha podido aseverar que el apoyo familiar sea significativo para el proceso de mejora, adherencia al tratamiento y reducción de los niveles de desesperanza, es por ello que el presente trabajo de investigación comprenderá los siguiente tratados:

En el primer capítulo, se abarca la descripción y formulación del problema entendiendo la enfermedad del cáncer, el paciente oncológico, las repercusiones y factores añadidos durante el proceso de enfermedad, se presentan los antecedentes nacionales e internacionales que integren una o ambas variables dentro del estudio, desde la intención de responder a nivel teórico el objetivo principal y específicos de investigación, contrastar las hipótesis planteadas en el estudio, finalizando con la justificación.

En el segundo capítulo, se desarrollaron las bases teóricas de las variables apoyo familiar y desesperanza de vida, iniciando con las definiciones según autores en forma histórica, luego, se exponen los modelos teóricos que explican a cada variable, considerando los fundamentos que dinamizan el desarrollo del modelo y que dieron origen a la construcción de los instrumentos de medición de cada variable.

Dentro del tercer capítulo, se detalla el método empleado en el estudio, mencionándose el diseño realizado, el tipo de investigación que es, el ámbito temporal y espacial en que se llevó a cabo el recojo de datos, la definición operacional y conceptual de las variables, la delimitación de la población y muestra considerando criterios de inclusión y exclusión, la técnica y los instrumentos utilizados para la recolección de información, los procedimientos seguidos y el respeto de los aspectos éticos en la investigación científica.

En el cuarto capítulo, se presentarán los resultados a través de tablas y figuras, donde se integrarán los objetivos principal y específicos de investigación, respondiendo la hipótesis de investigación, se presentaran resultados descriptivos que cumplen el rol de describir la realidad de las variables en el paciente oncológico en el contexto peruano, y finalmente, la figura del modelo explicativo que se obtuvo tras el análisis de regresión,

siendo el principal aporte de investigación, el Modelo de Barreras del Apoyo Familiar con influencia sobre la Desesperanza de vida en el paciente oncológico.

Por otra parte, en el quinto capítulo se realizó la discusión de los resultados en comparativa con los estudios previos, los hallazgos encontrados interpretándose los resultados, y configurando el rol del modelo explicativo del apoyo familiar y de la desesperanza de vida.

Hacia el sexto y séptimo capítulo, se presentaron las conclusiones a las que se llegó en el trabajo, y las recomendaciones que se brindan a la comunidad científica para posteriores estudios de ambas variables en poblaciones similares o con características similares.

A la postre, en el octavo capítulo y noveno capítulo, se presentó la bibliografía de las fuentes revisadas a nivel virtual como físico, de igual forma se adjuntan los anexos del material utilizado para el presente trabajo de investigación.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

El ser humano y su capacidad cognitiva han permitido el descubrimiento y confirmación del primer caso de cáncer en la historia de los seres que habitan el planeta Tierra, el nombre científico de este ser es *Centrosaurus apertus*, en el cual, hace más de 75 millones de años se habría desarrollado un osteosarcoma en estado avanzado, es decir, un cáncer a los huesos (Ekhtiari et al., 2020). Dato no menor sobre las neoplasias óseas resulta el aportado por diferentes autores sobre el osteosarcoma, mencionándose que representa la segunda neoplasia ósea maligna con mayor prevalencia en niños, adolescentes y adultos jóvenes (Fuchs & Pritchards, 2002; Hartford et al., 2006; Rodríguez et al., 2016). De igual forma, el primer caso de cáncer en un homínido, que

viene a ser una especie del subgrupo de los homínidos, fue el osteosarcoma y data de una antigüedad de 1,7 millones de años (Odes et al., 2016), y por más increíble que parezca la humanidad y su ciencia no logran, todavía, erradicar tan longeva enfermedad, promocionar e intervenir de forma proactiva a la gestación de este padecimiento y mucho menos, han logrado proteger el bienestar psicoafectivo de los pacientes y familiares que desarrollan algún tipo de neoplasia.

Un dato alarmante fue el consignado por la OPS (2020) afirmando que en el continente americano el cáncer es la segunda causa de mortalidad en la población humana, muestra de ello es que en dicho año se diagnosticaron 4 millones de casos y un aproximado de 1,4 millones de personas fallecieron debido a algún tipo de cáncer, esto implica internalizar que la prevalencia de la enfermedad es palpable, y los gestores de la salud pública deben atender a todas las consideraciones para el control de la enfermedad, iniciando por considerar políticas dirigidas a la prevención, estrategias de sensibilización a nivel local, regional y nacional, e incluso promover la educación en salud a las familias de pacientes oncológicos para dotar de apoyo a quienes padecen esta condición.

Entretanto, el cáncer es una enfermedad considerada como una de las principales causas de muerte en Perú y en el mundo, según el MINSA (2014) cerca del 20% de causas de mortalidad se deben a un tipo de enfermedad neoplásica, siendo la prevalencia más grande en la población femenina, además según las estadísticas del Observatorio Global del Cáncer – OMS (2018) en el Perú la prevalencia de cáncer en la población entre las edades de 15-85 años, es de 254/100000, es decir que de cada 100000 personas, al menos 254 personas desarrollan un tipo de cáncer, ello nos posiciona en un 5° lugar después de Brasil, Uruguay, Chile y Argentina en Sudamérica, pero en 9° lugar en comparación con toda América, lo más grave de estos datos es el aumento de casos en los últimos años.

Según el MINSA (2013) el cáncer constituye en la actualidad un problema de salud pública que motiva la intervención del Estado peruano en cuanto a la necesidad de fortificar una labor preventiva que incluya la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, implementar tecnología para la detección temprana de una neoplasia, y la expansión de la cobertura de los servicios oncológicos.

Mientras los casos de cáncer van en aumento, las políticas públicas en salud en el Perú han demorado un eficaz abordaje en prevención o intervención con la población afectada, según el GCO (2018) en Perú los cinco tipos de cáncer de mayor incidencia son; iniciando por el más frecuente, próstata, mama, cérvix-útero, estómago y colon. Estos datos son relevantes debido a que la población vulnerable está comprendida entre las edades de 15-85 años de edad.

Se debe considerar además las señales y los síntomas del cáncer que dependerán de la localización, el tamaño y la afección de órganos o estructuradas comprometidas a su alrededor, así mismo los pacientes con cáncer deben enfrentarse a cambios físicos dados por la enfermedad, los esquemas de tratamiento existentes y a disposición como pueden ser: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia, entre otros, según Payán, Vinaccia y Quiceno (2011) esta gama de hechos y afectaciones somáticas hacen que el paciente deba enfrentar a cambios relacionados a su estilo de vida, percepción de bienestar, aspectos emocionales, sociales y espirituales, que exigen del paciente con cáncer que utilice estrategias internas y externas para lograr adaptarse a una situación totalmente diferente.

En el mismo sentido el cáncer tiene repercusiones en la calidad de vida del paciente en las áreas: psicológica, físicas, sociales y emocionales, y a la vez en cada uno de los familiares quienes acompañan, según Montalván (2015) es la familia del paciente oncológico a quien se le considera como el primer cuidador y el apoyo más inmediato de

la persona enferma, además de ello es la familia quien asume un papel de interlocutor o nexo entre el médico o equipo médico y el paciente, pues además de recibir la información es quien afronta como primera línea emocional la noticia positiva o negativa de la evolución de su familiar.

Para el contexto peruano y debido a la carga cultural, es la familia quien toma decisiones sobre el familiar enfermo, dado que adopta una postura de sobreprotección y asume el control del tratamiento del paciente, Die (2003) mencionó anteriormente que el aspecto cultural influye en el tipo de apoyo familiar que recibe el paciente oncológico, donde aquellas familias que cuidan de un paciente oncológico heredan una tradición de sobreprotección y debido a ello es que reciben la información directamente tanto del diagnóstico como del pronóstico, y por ultimo deciden todo lo referente al tratamiento de su familiar, debido a ello es que la familia debe tener un entrenamiento en sus respuestas emocionales, y el proceso de adaptación de la familia y del paciente para la enfermedad.

Si bien la lucha en contra del cáncer es constante en el Perú, las políticas de salud y la realidad respecto de esta enfermedad no han cambiado conforme se esperaba, ciertas enfermedades neoplásicas han disminuido en el tiempo, pero otras han aumentado en su incidencia tanto en hombres como mujeres, en el hospital donde se llevó a cabo el estudio, se observó un problema adicional, la ausencia o escaso acompañamiento por parte de los familiares de pacientes oncológicos que acudían tanto a consultorio externo como a la unidad de quimioterapia. Fue factible observar y comprobar como una gran parte de pacientes pasaban por sus tratamientos de quimioterapia sin la presencia física de sus familiares, se observó como la posibilidad económica de los pacientes era un limitante para llegar a sus citas o recibir sus tratamientos, al mismo tiempo se observó cómo los pacientes mostraban poco interés o no comprendían sus tratamientos.

Uno de los problemas planteados era identificar con certeza cual de estos tipos de apoyo valoraban más los pacientes oncológicos, no podíamos aseverar que el apoyo emocional era suficiente y panacea de su pérdida del bienestar, tampoco se podía aseverar que con un gran patrimonio económico el paciente estaría equilibrado a nivel emocional y mental, mucho menos era factible afirmar que al poseer un mayor conocimiento de su enfermedad el paciente no experimentaría niveles altos o moderados de depresión. Sin embargo, lo que si era observable era el deterioro, agotamiento, señales de hartazgo, y una mirada vacía carente de vitalidad en los pacientes que acudían al servicio de oncología médica, era posible ver un gesto de incertidumbre respecto de sus vidas, y al ser consultados por dicho estado emocional se confirmaba en la mayoría de los casos que los pacientes atravesaban por tal carga emocional, mental y física.

Entender que la desesperanza es un paso posterior al estado de depresión y es un paso previo a la ideación suicida nos indica que la persona podría encontrarse en riesgo, además de evidenciar un malestar general que implica una afectación en las diferentes áreas de su vida personal, social, familiar, laboral, etc. La pérdida de la autonomía y funcionalidad se convierte en el eje problemático de las enfermedades neoplásicas, el temor por la muerte, la percepción de soledad, la percepción de no sentirse entendidos, la valoración de limitación económica para recuperar más rápidamente la salud, se convierten en desafíos y cuestionamientos asiduos en el paciente oncológico, a tal magnitud que llegan a repercutir en su salud general. Empero, ¿podríamos asegurar que el apoyo familiar y sus componentes tienen un real efecto sobre la variabilidad en los niveles de desesperanza? Este resultó ser un planteamiento primigenio, porque en la realidad podemos asumir que el apoyo social tiene relación con el proceso de recuperación de la salud, pero no se ha abordado al apoyo familiar con relación a la desesperanza.

Por ello, es necesario entender que tanto el apoyo familiar así como la desesperanza en el paciente oncológico son aspectos de suma importancia dentro del proceso de tratamiento médico y psicológico, en ese sentido, para entender si existe relación entre la desesperanza de un paciente oncológico y el apoyo familiar que pudiera recibir éste, en el contexto peruano, surge la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la desesperanza y el apoyo familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Lima?

## **1.2. Antecedentes**

### *Antecedentes Internacionales*

Con respecto a los estudios que abordaron a la desesperanza, podemos citar el trabajo realizado por Uslu-Sahan et al. (2019) quienes buscaron determinar los niveles de desesperanza y de ansiedad por la muerte en pacientes ginecológicos con cáncer, y la relación de estos con el apoyo social, pero también quisieron comparar muestras y aplicaron el mismo procedimiento a 200 profesionales de la salud que estaban atendiéndolos. Para dicho fin trabajaron en una muestra de 2000 pacientes gineco-oncológicas hospitalizadas y con 200 cuidadores encargados de su atención, utilizando un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo y de tipo correlacional, se usaron las escalas de Apoyo social percibido, Desesperanza de Beck y la escala de ansiedad por la muerte de Thorson-Powell. Los principales hallazgos fueron demostrar que existieron altos niveles de desesperanza de vida y de ansiedad por la muerte en pacientes gineco-oncológicos, mientras que en el personal de salud evaluado los niveles oscilaron entre bajo y moderado, al mismo tiempo que, se encontró una relación fuerte y negativa entre la desesperanza y la percepción del apoyo social. Concluyeron que los pacientes gineco-oncológicos sienten en mayor medida desesperanza y ansiedad por la muerte en

comparación a sus cuidadores, del mismo modo, la percepción que tienen sobre el apoyo social que se les brinda tiene un impacto significativo sobre la desesperanza y ansiedad por la muerte tanto en pacientes gineco-oncológicos como en sus cuidadores.

Por su parte, Van Oers y Schlebusch (2021) tuvieron por meta examinar las diferencias significativas entre el estrés, ansiedad, desesperanza e ideación suicida en la experiencia psicológica de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y otras pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer en otras zonas diferentes del cuerpo. Para tal fin, se encuestó en una población femenina a 80 pacientes con cáncer de mama y 80 pacientes con cáncer localizado en otra zona, algunas características adicionales son que fueron encuestadas previo a sesiones de quimioterapia o radioterapia. Se empleó un diseño no experimental, correlacional y de tipo transversal, aplicándose los cuestionarios, Inventario de desesperanza de Beck, la escala de Autoestima de Rosenberg y la lista de chequeo de síntomas del estrés. Obtuvieron como resultados que, no hubo diferencia significativa entre los niveles de estrés presentes en ambas muestras de pacientes para, sin embargo, las pacientes con cáncer de mama presentaron niveles de desesperanza y de ideación suicida más altos a diferencia del otro grupo ( $p=0.0002$ ;  $p=0.036$ ), y que se relacionaron tanto la desesperanza con la autoestima como con los síntomas de estrés. Concluyeron que, las pacientes con cáncer de mama experimentan mayores niveles de desesperanza y de ideación suicida a diferencia de las pacientes oncológicas con cáncer localizado en otra zona del cuerpo, a la vez que la forma en cómo se expresa su estrés también es diferente, siendo los beneficios del estudio proporcionar información para la creación de programas de terapia en soporte y apoyo emocional en ambas poblaciones, dando prioridad a las pacientes con cáncer de mama.

Ravindran et al. (2019) llevaron a cabo un estudio para conocer la relación entre el estrés, los estilos de afrontamiento, la desesperanza y la calidad de vida de 15 pacientes

con cáncer y 15 pacientes en remisión entre 30 a 60 años de Sri Ramachandra, pero también comparar los niveles de las variables en ambas poblaciones. El estudio que propusieron fue no experimental, correlacional y transversal, para ello utilizaron las escalas de percepción del estrés, lista de chequeo del afrontamiento, calidad de vida y la escala de desesperanza de Beck. Los resultados obtenidos fueron que, un 26% de la muestra tenía cáncer de mama, 13% de ellos presentó cáncer al estómago, 6.7% cáncer de cuello uterino, y un 53% otros tipos de cáncer, asimismo, el estrés se correlacionó positivamente con la desesperanza ( $r=0.337$ ) y, negativamente con la calidad de vida ( $r=-0.248$ ), no hallándose relación con el afrontamiento ( $r= - 0.057$ ). Por su parte, la calidad de vida y el afrontamiento se relacionaron en forma positiva con un  $r= 0.506$ , mientras que, la calidad de vida con la desesperanza, obtuvieron un valor de correlación más alto ( $r= - 0.744$ ). También, se demostró que existieron diferencias significativas en ambos grupos, lo que permitió concluir que aquellos pacientes con cáncer con mayores índices de desesperanza y estrés presentan menor calidad de vida, siendo las mujeres las más afectadas por el proceso de enfermedad a diferencia de los hombres, estos últimos presentaron mejores niveles de afrontamiento.

Para Parpa et al. (2019) fue relevante conocer el rol moderador de la depresión sobre la relación entre la desesperanza y el deseo por acabar con la vida pronto, trabajaron en una muestra de 102 pacientes con cáncer, su estudio tuvo enfoque cuantitativo, fue de tipo correlacional y el diseño fue no experimental, además, aplicaron los cuestionarios de Escala de desesperanza de Beck, el cuestionario G-SAHD para evaluar el deseo por acabar con la vida y, el inventario de depresión de Beck. Los resultados que obtuvieron fueron que, existió una relación muy fuerte entre la desesperanza y la depresión. Se confirmó que la desesperanza y el deseo por acabar pronto con la vida están muy relacionados, y que la depresión tiene un rol influyente sobre el incremento del nivel en

ambas variables. Se concluyó que es vital la detección temprana de desesperanza y deseo de morir con mayor rapidez en pacientes con cáncer avanzado para brindarles un tratamiento psicológico oportuno, darles estrategias para manejar la depresión y mejores cuidados paliativos.

Liu et al. (2020) tuvieron como objetivo estudiar la asociación de la ideación suicida como mediador entre la relación de la desesperanza, la desmoralización y la depresión en una muestra de 244 pacientes con cáncer. El estudio fue no experimental, cuantitativo y correlacional, se aplicaron los cuestionarios de SIOSS para ideación suicida, BHS para desesperanza, DS-MV para desmoralización y el PHQ-9 para evaluar depresión. Obtuvieron que la desesperanza y la ideación suicida se relacionaron muy significativamente ( $p < 0.001$ ), de igual forma la desmoralización se relacionó significativamente con la desesperanza ( $p < 0.0303$ ). Asimismo, la depresión tuvo una influencia significativa sobre la desesperanza o sobre la ideación suicida, por tanto, concluyeron que la desmoralización si tiene efecto mediador sobre la desesperanza y sobre la ideación suicida, lo que implica que se debe realizar una detección temprana de indicadores como la desmoralización y la depresión en pacientes con cáncer para prevenir el desarrollo de cuadros más graves como la desesperanza o la ideación suicida.

Dogan y Ozcelik (2022) condujeron un estudio cuya finalidad fue describir los síntomas más intensos de pacientes con cáncer, relacionándolos con la desesperanza por niveles en pacientes con cáncer al pulmón, para ello se seleccionaron a 130 pacientes de cirugía de y cuidados intensivos del área de oncología de un hospital de Turquía. La investigación tuvo un diseño no experimental, correlacional y de enfoque cuantitativo, es por ello que se usó el checklist de síntomas de Edmonton y la escala de desesperanza de Beck. Los resultados obtenidos fueron que el síntoma de agobio se relacionó significativamente con la desesperanza ( $p < 0.05$ ), y una relación negativa del bienestar

con la desesperanza ( $p < 0.05$ ). Por último, se hallaron diferencias significativas entre la edad de los pacientes, el género, el grado de instrucción, el estado de avance del cáncer, la presencia de metástasis, el uso de analgésicos y la desesperanza ( $P < 0.05$ ). Concluyeron que la desesperanza se verá afectada por variables sociodemográficas y características propias del estado de su enfermedad en el paciente, así como que el síntoma de agobio es un indicador principal en la detección de pacientes con altos niveles de desesperanza.

Ata y Kilic (2021) se propusieron determinar la existencia de relación entre el bienestar espiritual, la esperanza y la depresión en 210 pacientes oncológicos, su estudio fue de tipo correlacional, no experimental y con enfoque cuantitativo, por esto, aplicaron los cuestionarios FACIT-sp-12 para medir el bienestar espiritual, la escala de desesperanza de Beck y el inventario de depresión de Beck. Los resultados permitieron establecer la existencia de relación negativa del bienestar espiritual con respecto de la desesperanza y la depresión, mientras que la relación entre la depresión y la desesperanza se dio en un nivel muy significativo y positivo. Concluyeron que los pacientes oncológicos requieren de apoyo social y familiar para fortalecer su estado de bienestar y su percepción de esperanza, ello mantendrá controlados los niveles de depresión en un punto bajo.

### ***Antecedentes Nacionales***

En el contexto peruano no se han registrado a la fecha ninguna investigación que incluya a las variables que se desea correlacionar, tales como el apoyo familiar que percibe el paciente oncológico y el nivel de desesperanza que pudieran tener dicha población, es por ello que se hace necesario realizar una compilación sobre aspectos importante de las investigación y poblaciones en las cuales se ha estudiado dichas variables. Comenzaré entonces por Guzmán (2017) quien en una muestra de pacientes adultos mayores de un centro materno infantil buscó identificar el grado de percepción de

apoyo familiar que tenían los pacientes, para ello trabajó con una muestra de 47 pacientes y a quienes se les aplicó el instrumento el Cuestionario de Percepción de Apoyo Familiar de Leytón (1997), obteniendo como resultado que el apoyo familiar percibido por los pacientes era parcialmente suficiente, es decir un resultado no positivo para ellos, puesto que dentro de la investigación el escaso apoyo familiar constituye una de las causas más frecuentes en el deterioro de la salud del adulto mayor.

Del mismo modo Medrano y Rodríguez (2018) realizaron un estudio correlacionando el nivel de incertidumbre y el nivel de desesperanza aprendida en pacientes con cáncer de cuello uterino del IREN SUR, en la ciudad de Arequipa, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo correlacional, donde se trabajó con una muestra de 48 mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix, utilizándose la Escala de Desesperanza de Beck - BHS y la Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad MUIS. Los resultados de dicha investigación arrojaron una relación significativa entre ambas variables, donde además se halló que el nivel de incertidumbre es variable dependiendo directamente del grado de instrucción y tipo de enfermedad, de la misma forma la desesperanza experimenta una varianza según el grado de instrucción y el tratamiento recibido para el diagnóstico oncológico.

En concordancia con la relación encontrada entre incertidumbre y desesperanza, encontramos que la variable desesperanza alcanza a cierta población en las que se ve implicada un proceso de recuperación más lento que otras enfermedades o incluso que carecen de cura alguna, tal es el caso del estudio de Monja (2018) quien realizó un estudio con pacientes diagnosticados de VIH del GAM – “Distrito 26 de Octubre”, en la localidad de Piura, en dicho estudio de enfoque cuantitativo, y de tipo correlacional, el autor buscó hallar una correlación entre el clima social familiar y la desesperanza aprendida en dicha población, trabajando con una muestra de 98 pacientes, donde utilizó como instrumentos

la Escala de Clima Social Familiar (FES de Rudolph Moos) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), donde obtuvo como resultado favorable la relación estadísticamente significativa entre la dimensión de relación del clima social familiar y desesperanza, y la dimensión de desarrollo del clima social familiar, y la relación entre ambas variables de manera conjunta, exceptuando la dimensión de estabilidad del clima social familiar y desesperanza, lo que nos lleva a aseverar que el nivel de desesperanza dependerá de una forma significativa del tipo de relación que posea el paciente con su entorno familiar, así como también de cuánto se llegue a desarrollar el paciente tanto en la autonomía; que suele perder debido a la enfermedad, en el área intelectual recobra intereses políticos, culturales y sociales, se interesa por participar de más actividades de disfrute y esparcimiento, ello nos indica que el paciente atraviesa por un proceso de mejora continua.

Por último, y según Baca (2014) en su investigación que tenía por variables a la resiliencia y el apoyo social percibido, realizado en una muestra de 100 pacientes con diagnóstico oncológico de un hospital de Trujillo, buscó establecer una correlación entre las mencionadas variables a través del uso de las escalas de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) y Cuestionario MOS – Apoyo Social Percibido de Sherbourne y Stewart (1991), los resultados en dicha investigación arrojaron que existe una correlación directa entre las variables resiliencia y apoyo social, además se pudo identificar que existen diferencias significativas según el nivel de instrucción del paciente, sugiriéndose además que se realice posteriores estudios de corte cualitativo donde se logren identificar algunas otras características del paciente oncológico, a nivel biológico, psicológico o social que puedan estar implicados en el proceso de recuperación del paciente.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo General***

OG: Determinar la relación entre la desesperanza y apoyo familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

#### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

OE1: Hallar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez para los instrumentos de medición de las variables desesperanza y apoyo familiar.

OE2: Describir los niveles de desesperanza de vida que perciben los pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE3: Describir el nivel de desesperanza de vida según género y lugar de procedencia de pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE4: Describir los niveles de apoyo familiar que perciben los pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE5: Describir el nivel de apoyo familiar según género y lugar de procedencia de pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE6: Determinar la relación entre el apoyo instrumental y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE7: Determinar la relación entre el apoyo emocional y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE8: Determinar la relación entre el apoyo informativo y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

OE9: Conocer el modelo predictivo del apoyo familiar y la desesperanza con las variables de control de pacientes oncológicos

### **1.4. Justificación**

El estudio permitió la exploración de la desesperanza y apoyo familiar, incrementando el conocimiento de dichas variables en pacientes oncológicos, y con ello

se pudo observar el comportamiento actual por niveles de ambas variables convirtiéndose en información para la toma de decisiones al momento de brindar un tratamiento oncológico óptimo.

Asimismo, el estudio posee un valor práctico debido a la posibilidad de ofrecer datos cuantitativos para el diseño de estrategias en el área de psicología del servicio de oncología médica del hospital, también, permitirá la delimitación de criterios más urgentes para abordar en el tratamiento psicológico, y se obtendrá información para asistir a aquellos pacientes con características sociodemográficas o de escaso apoyo familiar que podrían estar en riesgo de desarrollar altos niveles de desesperanza.

El estudio metodológicamente favorecerá a aquellas investigaciones que deseen hacer uso de los instrumentos a emplear en la investigación, dotándolos de validez y confiabilidad para poblaciones de pacientes oncológicos, así mismo, el diseño de la investigación permitirá conocer valores predictivos entre las variables, algo que no se podría conseguir con un estudio descriptivo, o con estudios experimentales dadas las propiedades de la población.

Finalmente, se justifica socialmente pues brindará un conocimiento a aquellos familiares poco o muy comprometidos con el proceso de enfermedad de su ser querido, así mismo, será una fuente confiable de información para investigadores que deseen conocer los alcances de la relación entre la desesperanza y el apoyo familiar para una posterior aplicación del estudio en poblaciones similares a futuro.

## **1.5. Hipótesis**

### ***1.5.1. Hipótesis General***

HG: Existe relación entre la desesperanza y apoyo familiar en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

### ***1.5.2. Hipótesis Específicas***

HE1: Existe relación entre el apoyo instrumental y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

HE2: Existe relación entre el apoyo emocional y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

HE3: Existe relación entre el apoyo informativo y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.

## II. Marco Teórico

### 2.1. Bases conceptuales y teóricas

#### 2.1.1. *Desesperanza de vida*

Por largo tiempo se ha colocado en un mismo nivel a la desesperanza con la depresión tal es así que, Abramson et al. (1997) consideraron que la desesperanza explicaba el desarrollo de la depresión en algunas personas, al definirla como un estado de predisposición a la vulnerabilidad cognitiva donde la persona realizaba conjeturas sobre todo aquello que era estable, creyendo que esos elementos traían un devenir negativo, o que los hechos negativos del presente iban a traer eventos negativos en el futuro y, sumado a ello, la característica de auto percibir las acciones y a uno mismo como ineficaces durante estos eventos negativos.

Sin embargo, en los albores del entendimiento de la desesperanza Stotland (1969) la concibió como un estado de sensación difuso o poco entendible que no era posible de medir debido a la complejidad de su esencia, no obstante, dicho autor propuso que para acercarnos a la desesperanza se podía partir de analizar el sistema de expectativas negativas que tenía la persona sobre su momento actual y sobre su futuro.

Tras los primeros postulados sobre la desesperanza, autores como Beck et al. (1974) consideraron que era un sistema de creencias de tipo negativo que tenían en común el componente de esperar lo peor en el futuro, se presentaba principalmente en aquellas personas que atravesaban por enfermedades crónicas o terminales, dándose el caso que muchos de ellos alcanzaban ideaciones suicidas y cometían el acto en contra de su integridad, por ello, se consideró a la desesperanza como un estadio posterior a un cuadro depresivo pero previo a las ideaciones suicidas o factores de riesgo de conducta suicida (Díaz & Henríquez, 2022; Fonseca-Pedrero et al., 2020; Heisel & Flett, 2022).

En concordancia con el planteamiento anterior las autoras Quiroga y Cryan (2010) adoptaron la idea que la desesperanza formaba parte de la triada cognitiva de la depresión, donde la persona en primer lugar se valora negativamente, segundo, considera que todo lo que pasa en su presente está mal, y tercero adopta una postura de que el futuro será negativo, esto último es la desesperanza.

Lo cierto es que, las tendencias actuales apuntan a señalar que la desesperanza es un estado perceptual con matices negativos o pesimistas y que ha sido motivado por la aparición de un hecho con gran repercusión en la vida de una persona (Luengo et al., 2022), es decir, si dicho suceso provoca un cambio significativo en los estilos de vida y limita a la persona entonces se configurará la desesperanza.

- Dimensiones de la desesperanza

La desesperanza ha sido comprendida como una condición o proceso que está en un plano medio entre la depresión y la ideación suicida, se puede argumentar que es un estado con características propias y diferentes de las condiciones mencionadas anteriormente, para Monja (2018) se divide en tres dimensiones, iniciando con la permanencia entendida como el estado por el cual el paciente abandona el deseo por recuperar la salud, empieza a configurar esquemas polarizados sobre siempre y nunca donde los pensamientos se vuelven rígidos y poco probables de modificar. La segunda dimensión es la amplitud, donde el paciente experimenta un estancamiento en los problemas y dificultades propias de la enfermedad y aquellas que son tangenciales a esta, se apoyan en generalizaciones para explicar sus fracasos o falta de fortuna en su proceso de mejoría. Por último, la tercera dimensión es la personalización que se refiere a la conducta del paciente por autocalificarse como actores únicos de sus desgracias, asumen responsabilidades que no pueden cumplir con el objetivo de sentirse aún más inútiles o

incapaces, afectando en forma acelerada su visión optimista de la vida y su desempeño en cada área de su vida.

Sin embargo, estas dimensiones para el autor Beck (1974) podrían ser consideradas como esquemas cognitivos que coexisten y se dan en forma simultánea, mas no brindan una idea estructural de la desesperanza, por su parte, configuró a la desesperanza como un sistema trifactorial, donde se comprende a la dimensión afectiva que comprende aspectos tales como el entusiasmo, la esperanza, la fe, la felicidad y los buenos momentos que posee el paciente, lo particular de esta dimensión emocional es que involucra el autoconcepto, las capacidades del paciente y sus respuestas emocionales frente a situaciones de tenor negativo, tiene relación con la interpretación, convencimiento y persistencia en creer que ocurrirán circunstancias trágicas, afectando su equilibrio mental y emocional (Molla, 2019).

En segundo lugar, se contempla a la dimensión motivacional o de expectativas futuras que, contempla distorsiones cognitivas de catastrofización que significa renunciar a una visión realista u optimista del futuro, siendo la desesperanza la impulsora de la ideación suicida o ideas de autoeliminación, según Beck (1976). Se asocia a este estado de desesperanza la falta de sentido de vida, que además de ser un indicador cognitivo de la depresión, convierte al ser humano en alguien vulnerable, por tanto, la búsqueda de la fuerza primaria para vivir toma relevancia porque impulsa al paciente a buscar el porqué de su vida y la dirección para sus acciones.

Como última dimensión, y considerada como una de las más importantes según Abramson et al. (1978), tenemos a la dimensión cognitiva que está relacionado a los pensamientos anticipatorios, pero que poseen un tenor de tipo negativo, también se relaciona con la obtención de cosas, el mal funcionamiento de ciertas áreas de la vida del paciente, o que el futuro resulte vago e incierto. Esta forma de procesar los pensamientos

genera un sobre dimensionamiento de la culpa y genera una baja autoestima en el paciente, según Molla (2019) la pobre visión sobre el futuro y el conformismo actitudinal en creer que los eventos determinan el rumbo de la vida propia, es lo que termina por consolidar pensamientos automáticos erróneos y dominantes presentes en cuadros patológicos.

- Modelo explicativo de la desesperanza desde la indefensión

El modelo seleccionado para explicar la desesperanza es la indefensión aprendida propuesto por Seligman (1975) que debe entenderse como aquel proceso mediante el cual la persona configura que sus respuestas no causarán ningún efecto sobre el evento problemático careciendo de impacto en los resultados, ante la ausencia del control en los resultados el sujeto es proclive a desarrollar cuadros depresivos, perdiendo la motivación para afrontar los problemas posteriores, e invalidando su capacidad de razonamiento y brindar soluciones (González, 2020; Schunk, 2012; Torres, 2012; Yela & Marcos, 1992).

A entender de Seligman la indefensión tiene un alcance sobre el plano cognitivo, conductual, fisiológico y también neurobiológico, complementando este primer postulado la autora Barandiaran (2020) mencionó que cuando un individuo experimenta una situación negativa de forma asidua o se ve constantemente expuesto a estímulos negativos puede experimentarse una respuesta pasiva reforzada por pensamientos pesimistas, donde la persona siente que todo es incontrolable, esto sucede a menudo con personas con enfermedades terminales, enfermedades crónicas, o que han sufrido algún accidente que genera un cambio radical e inmediato en sus estilos de vida. Entonces, lo primero a entender es el plano cognitivo referido a la estructuración de ideas entorno a la condición en que se encuentra, como creer que no existirá solución, no podrá lograr sus

objetivos y sueños, no vale la pena hacer cosas porque no cambiará el resultado, o que nunca podrá superar lo que le sucede (González, 2020).

Luego, está el plano conductual que según Malo (2015) es la adopción de conductas pasivas o indiferentes de la persona que, adicionalmente, experimentan un sufrimiento interno, es decir, sufren por la situación en la que se encuentran y, sufren por no haber hecho nada aun cuando querían hacerlo. Entonces está referido a las conductas de evitación, de pasividad ante el problema, y de un estado de resignación. Por otra parte, el plano fisiológico a entender de Vasquez-Valverde y Polaino-Lorente (1982) debe abordarse como el análisis de lo que experimenta el cuerpo humano durante el proceso de indefensión, el aumento del cortisol en la etapa inicial de conocimiento del diagnóstico en el caso de persona enfermas, luego un decaimiento a nivel orgánico por la inapetencia y sentido de indiferencia por la vida, lo que conlleva a un incremento de producción de neurotransmisores que estimulan la depresión a nivel orgánico, finalmente se ve alterado el funcionamiento del sistema nervioso lo que desencadena un camino más complejo para el abordaje de los pensamientos y el efecto de las psicoterapias en el tratamiento (Valdivieso-Jimenez & Macedo-Orrego, 2018).

Finalmente, dentro del plano neurobiológico se debe comprender que el uso de medicamentos antidepresivos o antipsicóticos para el tratamiento de estados depresivos, a menudo, tiene un impacto inmediato en el sistema nervioso, y son estos medicamentos los que permiten una acción concreta respecto del cansancio a nivel de las monoaminas cerebrales (Gonzalez, 2020). Por tanto, debemos comprender que el cerebro se va ajustando a la información que obtiene del medio, respecto de la situación propia, de lo que acontece cerca de él y pudiera representar una oportunidad o amenaza, por tanto, hablamos de una estrecha relación entre el hipocampo y la amígdala, que conecta las funciones racionales y conscientes con aquellas funciones más emocionales e

inconscientes que desencadenan una somatización (Tomey & Ecker, 2009). Del mismo modo, se debe considerar que algunos trastornos como el estrés crónico, que es justamente la fase primigenia que antecede a una respuesta de indefensión, o eventos como el aislamiento social o conflictos interpersonales activan las estructuras del hipotálamo, la hipófisis y la glándula suprarrenal, desequilibrando el normal funcionamiento de estas, generando la liberación desmedida del cortisol, sobresaturando los receptores de glucocorticoides en el hipocampo provocando una afectación de la memoria debido a la afectación de los procesos de potenciación a largo plazo (Krishnan & Nestler, 2008).

Entonces, la indefensión aprendida es considerado como el eje central de la desesperanza, puesto que constituye una concepción teórica centrada en la percepción negativa de las propias capacidades en relación a las situaciones del entorno con repercusiones visibles y nocivas para la persona, en diferentes planos de su vida que lo convierten en alguien poco funcional o disfuncional. El modelo, fortalece la idea de que la interacción con el medio, muchas veces aversivo, es el origen del aprendizaje de cogniciones y actitudes desadaptativas que, sin embargo, no determinan por si solas la condición de desesperanza. Dicha condición requiere de la aceptación cognitiva – volitiva del individuo, de su tendencia a considerar los sucesos como dañinos, permanentes e influyentes sobre los diversos aspectos de la vida y por lo general de responsabilidad absolutamente personal.

### ***2.1.2. Apoyo familiar***

Más allá de las posturas que se tienen respecto a la especificidad del concepto de apoyo familiar, podemos iniciar con la definición propuesta por Leitón y ampliada por las autoras Orbegoso y Pariona, que adujeron:

“El apoyo familiar es la ayuda que la familia o alguno de sus miembros otorga a otro miembro necesitado, a través de afecto, reforzando su autoestima y apoyo instrumental. El grado de apoyo familiar le da al adulto la sensación de que es amado, respetado y valorado y que la carga se comparte con otro” (Orbegoso & Pariona, 2016, p. 22).

Por su parte, Kane (1991) definió el apoyo familiar se define como el nivel en que las necesidades individuales, afecto, aprobación, pertenencia y seguridad de un miembro de la familia son satisfechas por personas significativas dispuestas a ayudar a ese integrante. Es también comprendida como el conjunto de personas que facilitan conductas para la resolución de problemas.

En ese mismo sentido opinaron Arias y Ramirez (2013) quienes sostienen que el apoyo familiar es un constructo de relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera del mismo, pero a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye además de mejorar la condición de salud o recuperación de la misma, ayuda en las actividades y necesidades básicas, como lo son: vivienda, alimentación e higiene. Las mencionadas autoras concluyen además que gran parte de los problemas de tipo sanitarios son resueltos sin recurrir en búsqueda de un soporte médico.

- Dimensiones del apoyo familiar

Debe asumirse que el apoyo familiar es un constructo, no se debe restringir a considerar que el apoyo es el soporte de la familia referido al entendimiento de la enfermedad y a las muestras de compasión hacia su familiar, para Leitón (1997) el apoyo familiar se relaciona a comportamientos, esquemas y recursos, en ese sentido, la primera dimensión es el apoyo emocional que, para entender de Ruiz y Fernández (2009) es un apoyo expresivo a través del cual el paciente satisface sus necesidades emocionales y

afiliativas, es debido a esto que el apoyo emocional supone el incremento significativo de la autoestima al sentirse valorado y respetado, así como también aceptado por los demás.

Como segunda dimensión del apoyo familiar se considera al apoyo informativo que, según Gracia (1997) refirió que es el tipo de apoyo relacionado a la entrega de noticias o información de cómo resolver las dificultades personales o del medio que rodea a la familia, y una forma de lograr ello es a través del uso de explicaciones, consejos y orientaciones.

Finalmente, la dimensión de apoyo instrumental es el tipo de apoyo referido a la facilitación de suministros, sean bienes materiales y/o servicios que contribuyen en la solución de problemas prácticos y mejorar su condición de vida, referido a las conductas que ayudan directamente al paciente en cuestión, y que requiere de un apoyo de tenor económico y no económico (Leitón, 1997).

- Modelo explicativo del apoyo familiar de Leitón

El modelo teórico seleccionado será el propuesto por Leitón en el año 1997, sobre el apoyo vincular familiar en pacientes oncológicos, que se encuentra cimentada en la teoría de Kane (1991) la cual sostiene que el apoyo familiar es un proceso de interacción entre la familia y su medio inmediato; o también llamado medio social. De ella se desprenden tres concepciones entorno al apoyo familiar que son: la familia es un sistema, el apoyo social es un proceso social, y el apoyo familiar es positivo, promotor, y útil.

Se considera a las características familiares que son: dimensión de la red social, estructura familiar, estima y estabilidad, como el fundamento de donde surgen los factores interactivos de reciprocidad, compromiso social, y retroalimentación y aviso, del apoyo familiar. La esencia de los recursos de ayuda puede tener bien una condición de bien material, servicios, información oportuna, emociones, protección de los efectos del estrés

y ayuda en situaciones de crisis. Son estos postulados los que configuran la estructura dinámica del apoyo familiar, y otorgan la concepción de que ante mayor sea la cantidad de estos recursos de ayuda, y mayor sea la interacción de estos, mayor será el apoyo familiar y mejores serán las repercusiones positivas en la salud del individuo.

- Desesperanza y Apoyo familiar en el paciente oncológico

Es importante analizar lo que involucra esta relación entre el apoyo familiar y la desesperanza en la presente unidad de análisis, pues según Llantá et al. (2005) la esperanza en un paciente oncológico y en personas con enfermedades complejas, involucra el entendimiento de necesidades, motivaciones, expectativas, proyectos, sueños, creencias, etc., todo ello tiene un alcance sobre nuestro nivel de funcionalidad, nuestro autoconcepto, y está ligado al sentido de vida, por ello analizar que tanto nivel de esperanza o desesperanza posee un paciente oncológico es importante para saber cómo abordarlo en un trabajo terapéutico, pues no solo podrían verse en riesgo aspectos de salud, sino que el proceso de adherencia a un tratamiento se hace más difícil.

Es importante considerar el aspecto psicológico cuando la salud se ha perdido, pero también se le debe tomar en cuenta como una forma de prevenir la enfermedad, una adecuada alimentación, realizar ejercicio y hacer chequeos médicos, son formas básicas y necesarias para realizar prevención. Sin embargo, y como lo menciona Broggi (2001) el conocer las necesidades psicológicas del paciente y sus familiares apertura un camino dirigido al manejo de la esperanza en el paciente oncológico, donde la esperanza es más que una solicitud de mentira, es más que un pensamiento optimista no realista. La esperanza en el paciente oncológico puede ser entendida como el conocimiento de la verdad y el trabajo en el proyecto de vida mientras transcurre el proceso de aceptación de la enfermedad, de los tratamientos, o del proceso de muerte.

### III. Método

#### 3.1. Tipo de Investigación

El estudio fue de diseño no experimental, es decir que no se realizó una manipulación sobre las variables de estudio, esto se condice con lo precisado por Hernández et al. (2014) quienes refirieron que, en los estudios no experimentales no se da una manipulación deliberada o intencional sobre las variables de la investigación. Además, se consideró que el estudio presente un enfoque cuantitativo debido a la posibilidad de cuantificar y realizar una estimación de la desesperanza y del apoyo familiar, a través del empleo de instrumentos psicométricos confiables, según Supo y Cavero (2014) en este enfoque se combina la reflexión metódica del investigador y el fenómeno observable, y se contrastan las hipótesis a través del método científico.

Por otra parte, se planteó que la investigación sea de tipo básica puesto que se buscó acrecentar los conocimientos sobre la desesperanza, el apoyo familiar, y la relación entre ambos, para Supo y Cavero (2014) la investigación básica tendrá la intención de generar el progreso científico e incrementar las bases teóricas de la variable permitiendo establecer generalizaciones a partir de la revisión que se realizará.

Por otra parte, el estudio tuvo un alcance correlacional y transversal porque se trabajó con las variables capacitación y desempeño laboral que se conjeturó podrían estar relacionadas, según Supo y Cavero (2014) un estudio correlacional hace referencia al establecimiento de conjeturas sobre la posible interacción entre variables, a través del cual se puede determinar el grado de asociación. Además, fue una investigación de corte transversal debido a que se realizó una descripción de las variables tal y como se presentaron en un punto inmóvil del tiempo. (Hernández et al., 2014)

### **3.2.   Ámbito temporal y espacial**

El momento temporal cuando se realizó la investigación fue hacia el último trimestre del año 2019, mientras que el ámbito espacial donde se aplicaron los instrumentos del estudio se llevó a cabo en pacientes oncológicos de un hospital de Lima Metropolitana en el departamento de Lima, Perú.

### **3.3.   Variables**

Variable: Desesperanza

Definición Conceptual

Se entiende como la configuración mental de eventos futuros con carácter negativo de una persona, esta expectativa se suma al firme convencimiento de que ningún evento positivo podrá suceder a futuro y que no existe posibilidad de cambiar la situación problemática que se avecina (Abramson et al., 1989, citados en Marchetti et al., 2019).

Definición Operacional

La desesperanza se define operacionalmente a través de las dimensiones comprendidas en la escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale).

**Tabla 1.***Matriz de Operacionalización de la desesperanza de vida*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Dimensión Afectiva	Sentimientos sobre el futuro	1,6,13,15,19	
Dimensión Motivacional	Expectativas sobre el futuro	2,3,5,9,11,12,16,17,20	Escala Nominal
Dimensión Cognitivo	Pérdida de la motivación	4,7,8,10,14,18	

Variable: Apoyo Familiar

#### Definición Conceptual

Es un soporte dirigido a una persona que atraviesa dificultades que no puede solucionar por sí mismo y, es ofrecido por un integrante o todo el grupo familiar a través de acciones que involucran muestras de cariño y comprensión, acciones para fortalecer en la persona su autopercepción y autovaloración, pero también, en base a la capacidad de brindarle los recursos necesarios para manejar el proceso problemático que atraviesa. Del mismo modo, se puede considerar que este apoyo será valorado por el integrante de la familia en concordancia con el compromiso, involucramiento y grado de compañía que perciba de sus familiares o familiar. (Leitón, 1977, como se citó en Orbegoso & Pariona, 2016).

## Definición Operacional

El apoyo familiar se define operacionalmente por aquellas dimensiones construidas y consignadas en la Escala de apoyo familiar de Leitón.

**Tabla 2.**

*Matriz de Operacionalización del apoyo familiar*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Apoyo emocional	Apoyo afectivo	1, 2, 3, 4	
Apoyo informativo	Apoyo a la estima	5, 6, 7	Escala Ordinal
Apoyo instrumental	Apoyo instrumental	8, 9, 10	

### 3.4. Población y muestra

La población que participó en el estudio estuvo conformada por pacientes del área de quimioterapia y de consulta externa del servicio de oncología médica de un hospital de Lima. La muestra fue seleccionada utilizando el criterio no probabilístico siendo además de tipo intencional. El tamaño de la muestra fue determinado por una fórmula de probabilidades en función de las características finales de la muestra.

La muestra estuvo compuesta por 120 pacientes con diagnóstico oncológico que se encuentran en tratamiento de quimioterapia o siendo monitoreados por los médicos del servicio de oncología, la muestra corresponde a los pacientes que acudieron al servicio entre los meses de septiembre a octubre.

El tipo de muestra fue de criterio no probabilístico y de tipo intencional. Hernández, Fernández y Batista (2014) mencionan que este tipo de diseño es el más adecuado, debido a que el reclutamiento de los participantes depende de las características del estudio, no de la probabilidad.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico oncológico
- ✓ Pacientes con tratamiento de quimioterapia
- ✓ Pacientes que acuden a monitoreo por cáncer
- ✓ Pacientes de nacionalidad peruana

Criterios de Exclusión:

- ✓ Pacientes de nacionalidad extranjera
- ✓ Pacientes que no tengan diagnóstico oncológico
- ✓ Pacientes menores de 18 años
- ✓ Pacientes que no estén orientados en tiempo, espacio y persona

### **3.5. Instrumentos**

Dado que se planteó estimar valores y medir la desesperanza de vida y el grado de apoyo de familiar se utilizará la técnica de la encuesta para recoger los datos de forma ordenada y que ofrezca información sobre la percepción de los pacientes entrevistados.

#### ***3.5.1. Escala de Desesperanza de Beck (BHS)***

El nombre original de la escala es Beck Hopelessness Scale, siendo los autores de dicha prueba Beck et al. (1974) de procedencia estadounidense, no obstante, la prueba para ser aplicable en la realidad peruana recibió una adaptación por parte de Aliaga et al.

(2006), como características de la prueba se considera que puede ser aplicable en forma individual o colectiva, con un tiempo de duración de 10 minutos para la resolución de esta, es aplicable en el ámbito clínico y de la salud evaluando tres dimensiones concretas de la desesperanza de vida que son; dimensión afectiva, dimensión motivacional o de expectativas futuras y la dimensión cognitiva. Es pertinente precisar que la Escala de Desesperanza de Vida de Beck se utiliza en el ámbito de evaluación de aquellos pacientes que han tenido que cambiar de forma abrupta sus estilos de vida o que padecen enfermedades terminales, crónicas o muy limitantes.

El cuestionario consta de 20 ítems que son valorados con una escala de respuesta dicotómica, en la cual se utilizan las puntuaciones de verdadero y falso, donde las preguntas de desesperanza se puntúan con 1. Así también, contiene tres indicadores, primero, los sentimientos sobre el futuro, el segundo indicador es la pérdida de la motivación y, el último indicador son las expectativas sobre el futuro. Para el cálculo de sus puntuaciones, se debe sumar las respuestas dadas a los ítems que se señalan obteniéndose un puntaje general por dividido en las categorías Asintomático/Normal: 0-3 puntos, Leve: 4-8 puntos, Moderado: 9-14 puntos, Severo: 15-20 puntos.

Sobre la confiabilidad y validez de la escala, podemos mencionar que la última validez obtenida se dio a través de un estudio chileno realizado por Álamo et al. (2019) se halló que la Escala de Desesperanza obtuvo un coeficiente de consistencia interna  $\alpha = 0,86$  para sus 20 ítems evaluados. En la adaptación del instrumento a la realidad peruana hecha por Aliaga et al. (2006) se obtuvo un coeficiente de consistencia interna  $\alpha = 0,82$ . Del mismo modo en la investigación de Malca y Sánchez (2016) se encontró la validez para el instrumento a través del coeficiente item-test corregido, con valores desde el 0.05 al 0.47. A la fecha el instrumento ha demostrado ser confiable y válido a través del tiempo.

### 3.5.2. *Escala de Valoración del Apoyo Familiar*

La escala que fue utilizada medir el apoyo familiar fue creada por Zoila Leitón en el año 1997, dicha prueba es de procedencia peruana, la administración de dicha prueba puede ser individual o colectiva con una duración de 10 a 15 minutos. Es factible de aplicación en el ámbito clínico y de salud, dirigido preferentemente a pacientes hospitalizados y no hospitalizados evaluando los siguientes indicadores del apoyo familiar; apoyo afectivo, apoyo a la estima y apoyo instrumental.

La escala fue construida para para la valoración del apoyo familiar contiene 10 ítems, valorados con una escala tipo Likert, en la cual se utilizan las puntuaciones de 1 a 3 con enunciados que son: nunca, a veces y, siempre. Así también, contiene tres dimensiones: el apoyo instrumental, el apoyo informativo, y el apoyo emocional. El cálculo de las puntuaciones se realiza sumando las respuestas dadas a los ítems que se señalan obteniéndose un puntaje general que tiene como máximo 30 puntos y como mínimo 10 puntos. Se encuentran las siguientes categorías: 10-18 puntos bajo grado de apoyo familiar, 19-25 puntos moderado grado de apoyo familiar, 26-30 puntos un alto grado de apoyo familiar.

Con respecto a la confiabilidad y validez, la prueba registra validez en la investigación propuesta por Chorres (2016) a través de una prueba piloto donde el coeficiente de Pearson alcanzó un valor de 0.71, mientras que para la confiabilidad del instrumento el coeficiente de alfa de Cronbach alcanzó el valor de 0.920. De igual forma en un estudio más reciente propuesto por Alvarado y Chávez (2020) se determinó que el valor del alfa de Cronbach fue de 0.856, asimismo, la validez del instrumento fue hallada por análisis de constructo que se constató en los hallazgos de los investigadores.

### **3.6. Procedimientos**

Se presentó el proyecto a la asesora del curso de metodología de la investigación, tras la revisión y aprobación del proyecto, se solicitó la carta de presentación al decano de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal que fue presentada al servicio de oncología del hospital donde se aplicarán los instrumentos. Acto seguido se solicitó a la jefa del servicio de oncología del hospital seleccionado el permiso correspondiente y designación de días para poder iniciar el recojo de datos a través de los cuestionarios.

El tiempo estimado para poder completar la totalidad de los instrumentos fue de un mes, se planteó aplicar dichos instrumentos a pacientes programados para sesión de quimioterapia y, a quienes se encontrasen citados para consulta externa del servicio de oncología con diagnóstico confirmado, al inicio y termino de la aplicación de los instrumentos se hará énfasis en la confidencialidad y manejo ético de la información brindada.

### **3.7. Análisis de datos**

En la investigación se utilizó el programa spss o statistical package for the social sciences, para realizar el análisis de datos y hallar los resultados estadísticos útiles para sustentar los objetivos planteados en el trabajo. Se empleó estadística descriptiva para datos que resulten brindar información concreta de aporte epidemiológico.

Tras el análisis de datos se empleó el test de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para determinar si la distribución de datos se ajusta a lo normal, adicionalmente se utilizó estadística de tipo no paramétrica debido a las características del test de desesperanza de

Beck, por consiguiente, para encontrar la relación entre las variables se aplicará el coeficiente rho de Spearman.

Asimismo, para hallar las bondades psicométricas de los instrumentos; test de desesperanza de Beck y del cuestionario de apoyo familiar de Leitón, se utilizó estadística inferencial tanto para hallar la validez de tipo constructo y la confiabilidad de la prueba.

### **3.8. Consideraciones éticas**

El estudio que se llevó a cabo respetará el principio de beneficencia debido a que los hallazgos serán de utilidad para mejorar la intervención psicológica en los pacientes oncológicos fortaleciendo la cohesión y apoyo familiar, asimismo, se empleó el principio de no maleficencia por lo que no se realizarán prácticas que dañen, perjudiquen o agraven el estado de salud de los pacientes encuestados, se actuará en respeto de su integridad física y mental.

Por otra parte, en el estudio se respetó el principio de confidencialidad protegiendo la identidad de los participantes, así como la participación de ellos dentro de la investigación a llevar a cabo. Del mismo modo, se consideró actuar bajo el principio de privacidad proveyendo a los participantes un ambiente donde puedan desarrollar los cuestionarios fuera de la observación pública.

#### IV. Resultados

Se puede observar que la Tabla 3, muestra el valor alcanzado para el coeficiente rho de Spearman entre la desesperanza y la percepción de apoyo familiar, dicho valor fue de -0,740\*\* lo que indica que la relación es fuerte y negativa, además, el nivel de significancia permite comprender que la relación es muy significativa a un nivel de confianza del  $p \leq 0.01$  ( $p=0.000$ ).

**Tabla 3.**

*Análisis correlacional de desesperanza y percepción de apoyo familiar*

		Correlación	
		Percepción de apoyo familiar	
Rho de Spearman	Desesperanza de vida	Coefficiente de Correlación	-0,740**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	120

En la Tabla 4, se visualizan los valores de confiabilidad Alfa de Cronbach de las escalas para medir desesperanza de vida y apoyo familiar, los valores fueron de 0,861 y 0,915 respectivamente, lo que permitió establecer que ambos instrumentos eran confiables. Mientras que los valores de KMO para el primer y segundo cuestionario fueron de 0,9 y 0,8 respectivamente, lo que permite aseverar que gozan de validez interna.

**Tabla 4.**

*Análisis de confiabilidad y validez de las escalas Desesperanza de Beck y Apoyo Familiar de Leitón*

Escala	Desesperanza de Beck	Apoyo Familiar de Leitón
Alfa de Cronbach	0,861	0,915
KMO	0,8	0,9
N de elementos	20	10

De la Tabla 5, se puede mencionar que la relación ítem – test para la escala de desesperanza cuanta con ítems inversos y directos que guardan una relación significativa con el test en general y por tanto miden estadísticamente la variable.

**Tabla 5.**

*Validez de ítems-test de la Escala de desesperanza de Beck*

Ítem	Escala desesperanza de Beck				
	r	p	Ítem	r	p
01	.744**	.000	11	-.674**	.000
02	.746**	.000	12	-.548**	.000
03	.706**	.000	13	-.765**	.000
04	.682**	.000	14	.549**	.000
05	.769**	.000	15	.775**	.000
06	-.704**	.000	16	-.801**	.000
07	.768**	.000	17	.705**	.000
08	-.604**	.000	18	.748**	.000
09	-.548**	.000	19	-.775**	.000
10	-.628**	.000	20	.789**	.000

*Nota:* \*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

r: correlación elemento-total

De la Tabla 6, se puede mencionar que la relación ítem – test para la escala de apoyo familiar cuenta con ítems directos que guardan una relación significativa con el test en general y, por tanto, hacen posible la medición objetiva de la variable.

**Tabla 6.**

*Validez de ítems-test de la Escala apoyo familiar*

Escala de percepción de apoyo familiar					
Ítem	r	p	Ítem	r	p
01	.822**	.000	06	.798**	.000
02	.754**	.000	07	.724**	.000
03	.767**	.000	08	.708**	.000
04	.809**	.000	09	.638**	.000
05	.759**	.000	10	.585**	.000

*Nota:* \*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

r: correlación elemento-total

La Tabla 7, detalla la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov para determinar la distribución de los datos en las escalas de desesperanza y apoyo familiar cuyo nivel de significación para ambos casos fue  $p < 0.05$ , dichos valores permitieron establecer que en ambos casos no presentan una distribución normal, por lo cual se hizo uso de la estadística no paramétrica y, se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

**Tabla 7.**

*Resultados de la prueba de bondad de ajuste para la escala Desesperanza de Beck y Percepción de Apoyo Familiar*

Instrumentos	K-S	P
Escala desesperanza de Beck	0,209	0.000
Escala Percepción de apoyo familiar	0,205	0.000

En la Tabla 8, se puede apreciar que el 53.2 % de los pacientes evaluados perciben una desesperanza en un nivel mínimo, el 30% perciben un nivel moderado, el 15.8% en un nivel medio y solo el 1% percibe un nivel de desesperanza severo.

**Tabla 8.**

*Niveles de desesperanza en pacientes oncológicos del Hospital Dos de Mayo*

Niveles	Frecuencia Fr	Porcentaje %
Mínima	64	53.3
Media	19	15.8
Moderada	36	30.0
Severa	1	0.8

Se visualiza en la Tabla 9, que no existen diferencias estadísticamente significativas según sexo y la desesperanza de vida.

**Tabla 9.**

*Comparación de medias de desesperanza según género*

Escala	Género	n	Rango promedio	Z	U	p
Desesperanza	Masculino	42	61.88	-.353	1580.00	.724
	Femenino	78	59.76			

En la Tabla 10, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas según lugar de procedencia y la desesperanza de vida.

**Tabla 10.**

*Comparación de medias de desesperanza según lugar de procedencia.*

Escala	Género	n	Rango promedio	Z	U	p
Desesperanza	Lima	63	62.09	-.581	1695.500	.561
	Provincia	57	58.75			

En la Tabla 11, se puede apreciar que el 52.5 % de los pacientes evaluados perciben una percepción de apoyo familiar en un nivel alto, el 28.3% perciben un nivel moderado y el 19.2 % en un nivel bajo.

**Tabla 11.**

*Niveles de percepción de apoyo familiar en pacientes oncológicos.*

Niveles	Frecuencia Fr	Porcentaje %
Bajo	34	28.3
Moderado	23	19.2
Alto	63	52.5

En la Tabla 12, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas según sexo y el apoyo familiar.

**Tabla 12.**

*Comparación de medias de apoyo familiar según género.*

Escala	Género	n	Rango promedio	Z	U	p
Apoyo familiar	Masculino	42	61.74	-.315	1586.00	.753
	Femenino	78	59.83			

En la Tabla 13, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas según lugar de procedencia y el apoyo familiar.

**Tabla 13.**

*Comparación de medias de apoyo familiar según lugar de procedencia.*

Escala	Género	n	Rango promedio	Z	U	p
Desesperanza	Lima	63	59.02	-.541	1702.000	.589
	Provincia	57	62.14			

En la Tabla 14, se muestra el análisis correlacional de las habilidades alternativas a la agresión y el cumplimiento de las buenas prácticas de dispensación, con un valor de significancia del  $p=0,000$  ( $p<0.01$ ) lo que permite establecer que la relación es estadísticamente muy significativa, por otra parte, el valor del coeficiente de correlación  $\rho=0,739^{**}$ , lo cual nos dice que presenta una correlación directa y moderada, por lo cual, se acepta la  $H_0$  confirmando que ambas variables están relacionadas.

**Tabla 14.**

*Análisis correlacional entre el apoyo instrumental y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima*

		Correlación	
		Desesperanza	
Rho de Spearman	Apoyo instrumental	Coefficiente de Correlación	-0,739**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	120

En la Tabla 15, se muestra el análisis correlacional de las habilidades para el manejo del estrés y el cumplimiento de las buenas prácticas de dispensación, con un valor de correlación  $\rho=0,718^{**}$ , lo cual nos dice que presentan una correlación positiva y de grado fuerte, de igual manera, se obtuvo un nivel de significancia de  $p=0,000$  ( $p<0.01$ ) por lo cual se acepta la hipótesis nula y se confirma que ambas variables se encuentran en relación estadísticamente muy significativa.

**Tabla 15.**

*Análisis correlacional entre el apoyo emocional y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima.*

		Correlación	
		Desesperanza	
Rho de Spearman	Apoyo emocional	Coefficiente de Correlación	-0,718**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	120

En la Tabla 16, se muestra el análisis correlacional de las habilidades de planificación y el cumplimiento de las buenas prácticas de dispensación, con un valor de correlación  $\rho= -0,589^{**}$ , lo cual nos dice que presentan una correlación directa y de nivel débil, de igual manera, se obtuvo un nivel de significancia de  $p=0,000$  ( $p<0.01$ ) por lo cual se acepta la hipótesis nula y se confirma que ambas escalas se encuentran relacionadas muy significativamente.

**Tabla 16.**

*Análisis correlacional entre el apoyo informativo y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima*

		Correlación	
		Desesperanza	
Rho de Spearman	Apoyo informativo	Coefficiente de Correlación	-0,589**
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	120

En la Tabla 17, se muestra el análisis del modelo predictivo que indica que el 80% de la variación en los niveles de desesperanza en pacientes oncológicos está explicado por el apoyo familiar que reciban ( $R^2 = 0,800$ ), mientras que como valor de significación se obtuvo un p valor de 0,000 ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis nula y permitiendo aseverar que las variables se encuentran linealmente relacionadas. Siendo además  $a = 22,616$  el origen de la recta de regresión y, el valor del coeficiente de apoyo familiar fue  $B = -0,748$  que es la pendiente de la recta de regresión, siendo la relación inversa entre ambas variables.

**Tabla 17.**

*Análisis del modelo predictivo entre el apoyo familiar y la desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima*

Resumen del modelo									
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				
					Cambio en R <sup>2</sup>	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F
1	,895 <sup>a</sup>	,800	,799	1,972	,800	473,448	1	118	,000

a. Variables predictoras: (Constante), TO\_APOY\_FAM

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	1840,319	1	1840,319	473,448	,000 <sup>b</sup>
	Residual	458,673	118	3,887		
	Total	2298,992	119			

a. Variable dependiente: TO\_DESESPER

b. Variables predictoras: (Constante), TO\_APOY\_FAM

**Coefficientes<sup>a</sup>**

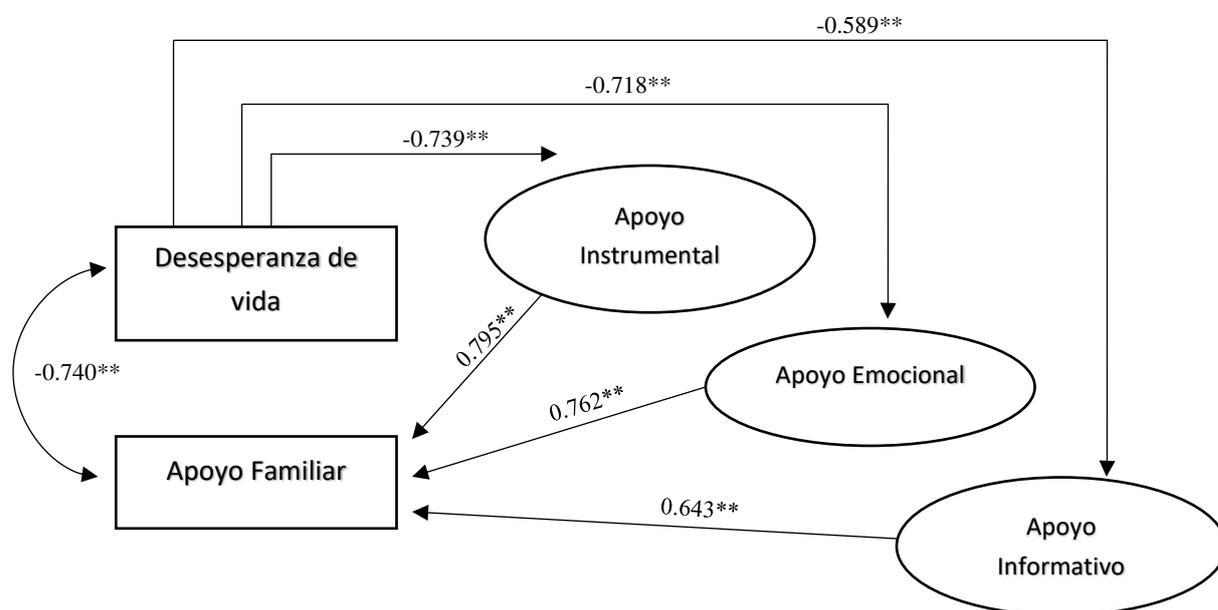
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes	t	Sig.
			tipificados		
	B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	22,616	,829	27,281	,000
	TO_APOY_FAM	-,748	,034	-,895	-,000

a. Variable dependiente: TO\_DESESPER

Podemos observar en la Figura 1, que del análisis predictivo entre la desesperanza y el apoyo familiar en paciente oncológico se da una influencia por parte del apoyo familiar sobre los niveles de desesperanza, donde, se establece que la desesperanza irá incrementando o mitigándose a través de las barreras que detengan el proceso de desarrollo de los síntomas asociados a la desesperanza, estas barreras son las dimensiones que componen el apoyo familiar, siendo la primera barrera el apoyo instrumental, la segunda barrera el apoyo emocional y, finalmente, la última barrera el apoyo informativo.

**Figura 1.**

*Representación del modelo de barreras de la desesperanza y el apoyo familiar*



## V. Discusión de resultados

Comprender a los seres humanos implica abordar la naturaleza del bienestar, bienestar que está regido por las dimensiones biológica, psicológica y social, que según Rosales (2018) se forja diariamente cuando se afrontan los retos que se suscitan en la vida de las personas, consiguiéndose construir la idea de ser y la razón por la cual existir. Sin embargo, para Aurenque y Jaran (2018) la enfermedad es un rasgo o característica humana que limita la libertad de la vida pero que, es un fenómeno existencial tanto como lo es la muerte, es decir, la salud es finita como lo es la vida, a modo introductorio esto puede ser bien recibido cuando gozamos de salud y bienestar, pero, cuando sucede lo contrario y se enfrenta una enfermedad terminal o sin cura como el cáncer, el camino hacia la aceptación y comprensión resulta intrincado.

Producto de la preocupación por el avance del cáncer como enfermedad se han implementado políticas de salud pública de cooperación a nivel mundial, pues el impacto que tiene sobre el bienestar de una persona no solo se da en un nivel orgánico o biológico, sino que llega a afectar otras áreas del ser humano, tal y como señalaron Payán et al (2011) además de las consecuencias somáticas generan que el paciente enfrente modificaciones en su estilo de vida, percepción de bienestar, aspectos emocionales, sociales hasta espirituales para lograr una adaptación al proceso de enfermedad. No obstante, las condiciones en que afrontan la enfermedad no son las mismas, para el presente autor el apoyo que brinda la familia o familiares se convierte en el factor que permite la prevalencia de la esperanza por vivir, la motivación por luchar y recuperar la salud.

En consonancia con lo señalado, en el presente estudio se utilizaron pruebas de corte psicométrico que fueron validadas y se demostró eran fiables previo al proceso de encuesta, para el Cuestionario de Apoyo Familiar se obtuvo una confiabilidad alfa de 0.915 y una validez que alcanzó el valor de ( $KMO = 0.9$ ), estos datos se condicen con los

hallazgos de Chorres (2016) quien encontró que el valor  $KMO=0.71$ , mientras que el valor de confiabilidad alcanzó el valor alfa de 0.920, así mismo, en un estudio más reciente de Alvarado y Chávez (2020) el valor alfa de Cronbach para la escala fue de 0.856, estos datos dan soporte a la afirmación de que la prueba es vigente, confiable y mide con apropiadamente al apoyo familiar a través del tiempo. Por otra parte, para la medición de la desesperanza de vida, se utilizó la Beck Hopelessness Scale – BHS, que ha recibido diferentes análisis de confiabilidad y validez en la realidad peruana y en la región sudamericana, por su parte, los autores Aliaga et al. (2006) obtuvieron como valor de validez un 0.80, mientras que como valor de confiabilidad  $\alpha = 0.82$ . No obstante en una investigación posterior de Malca y Sánchez (2016) el valor de validez de constructo de la escala alcanzaría el 0.5. En el ámbito sudamericano, podemos mencionar el estudio de Álamo et al. (2019) quienes tras aplicar la escala en una población chilena obtuvieron como valor de alfa de Cronbach  $\alpha = 0,86$ . Para efectos de la presente investigación, los datos obtenidos dan cuenta que, el coeficiente de validez obtenido en el análisis de constructo alcanzó el valor de 0,8, mientras que, para el valor de confiabilidad tras la prueba piloto fue de  $\alpha = 0,861$ . Estos datos permiten aseverar que durante el presente estudio se utilizaron instrumentos que midieron objetivamente y permitieron cuantificar adecuadamente los niveles de apoyo familiar y de desesperanza de vida percibidos por los pacientes oncológicos encuestados.

Como principal hipótesis de la investigación se estableció que existe una relación entre el apoyo familiar percibido y la desesperanza en pacientes oncológicos, dicha proposición ha sido aceptada, tanto el apoyo familiar como la desesperanza de vida se encontraron fuertemente relacionados y de forma negativa ( $\rho = -0,740$ ), con un nivel de significación  $p=0.000$  ( $p < 0.05$ ), cuyo valor indica que existe una relación estadística muy significativa a un nivel de confianza del 99%, en pacientes oncológicos de un hospital de

Lima. En concordancia a los hallazgos obtenidos podemos mencionar que el estudio propuesto por Uslu-Sahan et al. (2019) apoyan la idea que la desesperanza se relaciona con el apoyo social en pacientes oncológicos, siendo esta relación fuerte y negativa entre las variables, los pacientes que experimentan un mayor nivel de desesperanza son aquellos que poseen un bajo nivel de apoyo social, acotaron también que, la percepción del apoyo social que se les brinda influye en la ansiedad por la muerte que perciben. Por su parte Guzmán (2017) sostuvo que el apoyo familiar es el factor fundamental en el proceso de enfermedad y de recuperación de la salud, sosteniendo dicha afirmación Monja (2018) demostró en la realidad peruana que el clima social familiar y el apoyo que resultan de ella se relacionan con la desesperanza en pacientes con enfermedades crónicas como el VIH. Para Seligman (1975) la respuesta de desesperanza en el paciente oncológico es comprensible debido al principio de indefensión que experimenta por la enfermedad, una enfermedad que configura como incurable, difícil de afrontar por los tratamientos, con extensa duración de tiempo, que merman la posibilidad de ver con optimismo su futuro cercano, esta incertidumbre que experimentan es también otro factor que se aúna al espectro de la enfermedad oncológica, teniendo repercusión sobre el equilibrio psicológico del paciente (Medrano y Rodríguez, 2018). La indefensión como proceso es aquel que inicia con la lucha como respuesta natural y humana frente a una situación estresante, es mediante la cual existe una activación fisiológica y cognitiva para hacerle frente a la enfermedad, en ese sentido, en el estudio de Ravindran et al. (2019) se confirmó la relación entre el estrés y la desesperanza ( $r=0.337$ ) declarándose que ante un nivel alto de estrés existiría también un nivel alto de desesperanza, lo resaltante de este estudio fue que las mujeres eran quienes presentaron mayor estrés a diferencia de los hombres que tuvieron un mejor nivel de afrontamiento de la enfermedad. Dicho esto, durante el proceso de indefensión la persona que no logra superar o afrontar la

enfermedad, experimentará agotamiento y depresión, para sustento de ello en el estudio de Parpa et al. (2019) se demostró que la depresión tuvo un rol moderador entre la desesperanza y el deseo por acabar con la propia vida, precisaron que la depresión aparece como un factor resultante del tiempo que el paciente lleva afrontando la enfermedad sin resultados positivos o favorables para su recuperación, mientras que el deseo por acabar con la vida se da por el deterioro del estado de salud y la imposibilidad de realizar actividades que solía hacer. Entonces, si convenimos en que se han alcanzado dos etapas cruciales dentro del proceso de indefensión llegaremos a la conclusión que aparecerá la pérdida de motivación por luchar, la percepción negativa de las capacidades personales, la percepción negativa del entorno, actitudes desadaptativas y pérdida de voluntad por lograr cambiar el resultado negativo que se experimenta.

Sobre este último punto, el apoyo familiar juega un rol importante dada su relación con la desesperanza, pues si bien Malo (2015) entendió que la indefensión es la adopción de conductas pasivas ante el problema, conductas evitativas y un estado de resignación por parte del paciente, es la familia o el entorno quien debe asumir el rol clave de brindar soporte y/o apoyo a esa persona, de allí que la teoría de apoyo vincular familiar de Kane (1991) cobra relevancia bajo sus tres principios, la familia es un sistema, el apoyo social es un proceso social y el apoyo familiar es positivo, promotor y útil. Entonces, la familia se convierte en la compañía y soporte del paciente oncológico monitoreando, proveyendo y dando soporte emocional al familiar, sobre este acápite Ata y Kilic (2021) encontraron en su estudio que cuando se ofrece apoyo familiar y social al paciente oncológico los niveles de depresión y desesperanza son bajos, simultáneamente, los niveles de bienestar espiritual se presentaron en un nivel positivo, datos como estos sirven de ayuda para entender que la desesperanza puede ser evitada o extinguirse si se potencia el trabajo sobre el apoyo familiar.

Sobre el análisis descriptivo del apoyo familiar y la desesperanza encontramos que, un 53,3% de los pacientes oncológicos presenta un nivel mínimo de desesperanza, un 15,8% presenta un nivel medio, mientras que un 30% del total de encuestados registró un nivel moderado de desesperanza, ante estos hallazgos podemos mencionar que la probabilidad de que se desarrolle un cuadro severo de depresión y aparezcan la ideación suicida es alta, al respecto Liu et al. (2020) sostuvieron que tanto la desesperanza como la ideación suicida se relacionan estadísticamente en un nivel muy significativo ( $p < 0.01$ ), de igual forma, la desesperanza y la depresión se relacionaron muy significativamente ( $p < 0.03$ ), sustento suficiente para considerar una intervención multidisciplinaria con los pacientes oncológicos encuestados en la presente investigación. En tanto, sobre los niveles de percepción de apoyo familiar, se obtuvo que un 28,3% de ellos presentó un nivel bajo de percepción de apoyo, un 19,2% refirió presentar un nivel moderado de apoyo familiar, y un 52,5% presentó un nivel alto de apoyo familiar, esto a entender de Baca (2014) confirmaría la necesidad de realizar investigaciones sobre el apoyo familiar y la desesperanza de vida en pacientes con enfermedades crónicas o terminales, dado que el apoyo familiar que percibe el paciente es determinante para prevenir conductas de riesgo o irresponsables sobre el tratamiento de la enfermedad, al mismo tiempo que, el apoyo familiar se ha relacionado en forma directa con la resiliencia, es decir, que a mayor nivel de apoyo familiar también se encontrarán mayores niveles de resiliencia en el paciente.

Con respecto a la hipótesis específica sobre la relación del apoyo instrumental y la desesperanza en pacientes oncológicos, se confirmó la existencia de una relación negativa y fuerte ( $\rho = -0.739$ ), a un nivel de significancia de 0.000 ( $p < 0.01$ ), así se corrobora que dicha relación es estadísticamente muy significativa. Adicionalmente, se confirma que al existir apoyo a través del suministro de bienes materiales o de servicios para solucionar

dificultades cotidianas, entonces se conservará y mejorará la calidad de vida de un paciente enfermo, esta ayuda tiene que ver con el respaldo económico, el soporte en cuestiones como vestido, alimento, vivienda y pasajes, pues con ello se alcanza al cumplimiento de los días de tratamiento, se conserva el estado de salud lo mejor posible y se le transfiere una sensación de bienestar (Guzmán, 2017).

En cuanto a la segunda hipótesis específica planteada sobre la relación del apoyo emocional y la desesperanza en pacientes oncológicos, se confirmó la existencia de relación entre ambas variables con un coeficiente de correlación rho de Spearman de  $\rho = -0.718$ , a un nivel de significancia del 99% donde el valor fue de  $p = 0.000$  ( $p < 0.01$ ), lo que permite aseverar que la relación es muy significativa estadísticamente, siendo dicha relación negativa y fuerte entre ambas. A entender de Leitón (1997) el apoyo emocional constituye la base de la satisfacción de las necesidades afectivas y vinculares, logrando que el paciente se sienta valorado, aceptado y se le considere como un miembro importante de la familia, este tipo de acciones fortalecen las capacidades como afrontamiento, resiliencia, autoconfianza, habilidades sociales, pues dotan de conductas positivas al paciente generando una retroalimentación sobre la perspectiva de mejora y recuperación de la salud, logrando su funcionalidad a nivel social y protegiéndolo del deterioro cognitivo y de sus funciones ejecutivas calientes.

Finalmente, sobre la hipótesis específica en la relación del apoyo informativo y la desesperanza en pacientes oncológicos, se confirmó la existencia de relación entre ellas ( $\rho = -0.589$ ), con una significación  $p = 0.000$  ( $p < 0.01$ ) al nivel de confianza del 99%. Dicha relación fue muy significativa estadísticamente, siendo la relación negativa y moderada entre la desesperanza y el apoyo informativo, esto implica entender que para los pacientes oncológicos el conocer su enfermedad o escuchar testimonios de otros pacientes que vencieron al cáncer, puede ser relevante en un nivel intermedio, y la razón

puede ser debido a la angustia e incertidumbre de saber si ellos también se curarán en un periodo corto o a mediano plazo, si bien Guzmán (2017) defendió la idea que transmitir información a los pacientes es necesario y un derecho para ellos, entregando las noticias, progresos, resultados de evaluación, actualizando el estado de la enfermedad, también se debió añadir que dicho apoyo debe brindarse en medio de un trabajo articulado por parte de los profesionales de la salud, familia y medio social cercano al paciente, con el fin de lograr una sintonía en la orientación y apoyo que se brinde.

En cuanto a las diferencias significativas que se desearon comparar entre la desesperanza con respecto al lugar de procedencia y el género, encontramos que no existieron diferencias significativas en ninguno de los casos analizados, siendo el valor  $p= 0.724$  ( $p>0.05$ ), permitiendo comentar que en la muestra analizada tanto hombres como mujeres perciben a la desesperanza en un grado similar, no se puede aseverar que existen más mujeres que hombres que presentan niveles moderados o severos de desesperanza, lo mismo que, no se puede aseverar que existe una mayor percepción de desesperanza de vida entre pacientes oncológicos que viven en Lima de aquellos que vienen de provincia ( $p= 0.561$ ;  $p>0.05$ ).

En forma simultánea, se halló que, respecto al apoyo familiar según el lugar de procedencia y el género de los pacientes oncológicos no existieron diferencias significativas tras el análisis comparativo, siendo el valor de significación entre el apoyo familiar y el género del paciente de  $p= 0.753$  ( $p>0.05$ ), mientras que, el valor de significación entre el apoyo familiar y el lugar de procedencia fue de  $p=0.589$  ( $p>0.05$ ), lo que implica entender que entre ambos grupos el apoyo familiar percibido suele presentarse en niveles similares, estos hallazgos difieren con los presentados por Dogan y Ozcelik (2022) quienes en su estudio realizado en Turquía con pacientes oncológicos, analizando a la desesperanza versus variables sociodemográficas, obtuvieron que si

existieron diferencias significativas entre la desesperanza con respecto a la edad del paciente, el género del paciente, el grado de instrucción, el estado de avance del cáncer, la presencia de metástasis y el uso de analgésicos, es decir, que tanto las características de la enfermedad y las variables sociodemográficas influyeron sobre los niveles de desesperanza percibidos.

Por último, el análisis predictivo permitió confirmar que la desesperanza se verá influenciada por el apoyo familiar que reciba el paciente oncológico, siendo el pronóstico de incremento de desesperanza medido por cada unidad de cambio de la variable apoyo familiar, expresado por la ecuación  $E y/x = 22,616 - 0,748$ . Con base a ello, se establece que los principales aspectos que influyen en la prevalencia de la desesperanza en esta población es el apoyo instrumental que se le brinda al paciente, esta viene a ser la primera línea de defensa para evitar que se incrementen los niveles de desesperanza, el modelo refiere que en caso esta primera dimensión falle, es decir, que la familia no posea los recursos necesarios como dar soporte al paciente en sus necesidades materiales, de transporte, o económicas, será función del apoyo emocional proveer la segunda línea de defensa frente a los indicadores de desesperanza, el paciente en este punto configurará que tan cohesionado se encuentra la familia, el rol que cumple como enfermo, la proximidad de sus familiares e identificación con su estado anímico y emocional, eventos que pueden prevenir la aparición de sintomatología de un paciente con desesperanza. En caso no se alcance con satisfacer estos dos tipos de apoyo, el modelo sugiere que la actuación del personal médico, de la familia y de la sociedad brindando información, conocimiento o estrategias de afrontamiento, se convertirán en el último factor protector para el paciente oncológico frente a la aparición de la desesperanza. Entonces, el modelo sugiere una estructura lineal de interacción por barreras, donde la desesperanza interactúa con el apoyo familiar, y este se subdividirá en barreras que en orden jerárquico irán

afrentando la aparición de la sintomatología de la desesperanza, si la primera barrera; apoyo instrumental, está bien desarrollado y se encuentra en un alto nivel, podrá contener e interrumpir la formación de esquemas cognitivos asociados a la desesperanza y sentimiento de frustración, impotencia o indefensión, lo mismo sucederá para con las otras barreras restantes, sin embargo, es preciso indicar que deben fortalecerse las barreras en forma simultánea, considerando al mismo tiempo que presentan un orden jerárquico para esta población en particular.

## VI. Conclusiones

1. En el presente trabajo se constató que los instrumentos para medir las variables de desesperanza y apoyo familiar gozan de bondades psicométricas, tanto en confiabilidad como en validez para la evaluación de los pacientes oncológicos.
2. Se halló que 3 de cada 10 pacientes presentaron sintomatología de desesperanza de interés clínico, niveles moderados de desesperanza.
3. Se encontró que un 52,5% de los encuestados percibió un alto nivel de apoyo familiar durante sus procesos de enfermedad.
4. No se encontraron diferencias significativas entre la desesperanza o el apoyo familiar según lugar de procedencia y según género.
5. Se confirmó la relación entre la desesperanza y el apoyo familiar ( $\rho = -0.740$ ) a un nivel de significancia del 99% con un p valor = 0.000 ( $p < 0.01$ ), siendo dicha relación muy significativa, inversa y de grado fuerte.
6. Se confirmó la relación entre la desesperanza y el apoyo instrumental ( $\rho = -0.739$ ) a un nivel de significancia del 99% con un p valor = 0.000 ( $p < 0.01$ ), siendo dicha relación muy significativa, inversa y de grado fuerte.
7. Se confirmó la relación entre la desesperanza y el apoyo emocional ( $\rho = -0.718$ ) a un nivel de significancia del 99% con un p valor = 0.000 ( $p < 0.01$ ), siendo dicha relación muy significativa, inversa y de grado fuerte.
8. Se confirmó la relación entre la desesperanza y el apoyo informativo ( $\rho = -0.589$ ) a un nivel de significancia del 99% con un p valor = 0.000 ( $p < 0.01$ ), siendo dicha relación muy significativa, inversa y de grado moderado.
9. El modelo regresivo permite aseverar que la desesperanza interactúa de forma jerárquica y por barreras con el apoyo instrumental, emocional e informativo, en los pacientes oncológicos.

## VII. Recomendaciones

1. Se sugiere se realice una exploración de ambas variables en investigaciones posteriores en una población de similares características, sean enfermedades crónicas (sida, diabetes, hepatitis, lupus) o terminales (insuficiencia renal crónica terminal, EPOC) para monitorear la interacción de la desesperanza con el apoyo familiar y/o confirmar que también se cumple el modelo regresivo entre las variables.
2. Se recomienda realizar programas multidisciplinarios para abordar a la desesperanza en el paciente oncológico y a nivel familiar, realizando campañas de sensibilización, campañas de acercamiento a la población donde se busque la concientización de la sociedad respecto al apoyo familiar que requiere un paciente oncológico.
3. Se sugiere promover la investigación de ambas variables con una mayor población respecto de las características sociodemográficas, debido a la necesidad imperiosa de ofrecer información que permita a los gestores de la salud pública brindar servicios de salud equitativos a la población, y prevenir la prevalencia de la desesperanza en pacientes con enfermedades crónicas o terminales, como el cáncer.
4. Se recomienda el empleo de los cuestionarios aplicados durante el presente trabajo debido al nivel de confianza que otorgan para la medición de las variables desesperanza y apoyo familiar.
5. Se sugiere monitorear el nivel de apoyo familiar que perciben los pacientes oncológicos a nivel nacional debido a la relación que tiene con la sintomatología de desesperanza, depresión e ideación suicida.
6. Se recomienda a las organizaciones de salud fortalecer alianzas institucionales con facultades de ciencias de la salud de universidades públicas o privadas para promover la investigación, diseño de programas y planificar la intervención terapéutica conjunta en pacientes que presenten indicadores de desesperanza o carezcan de apoyo familiar.

### VIII. Referencias

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E. & Sandín, B. (1997). Teoría de la depression por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínic*, 2(3), 211-222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Alvarado, Y. F. & Sánchez, R. G. (2020). *Apoyo familiar y calidad de vida del adulto mayor Victor Larco Herrera, 2019*. [Tesis de licenciatura, UNT]. Re-Universidad Nacional de Trujillo. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15940>
- Arias, M. & Ramírez, S. (2013). *Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacamac*. [Tesis de licenciatura, URP]. Re-Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/328>
- Arranz, P. (2006). *Intervención psicológica en Cáncer*. Infocop Online. Consejo General de la Psicología de España. ISSN 1886-1385. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=521#inicio](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=521#inicio)
- Ata, G. & Kılıç, D. (2021). Correlation of spiritual well-being with hope and depression in oncology patients: The case of Turkey. *Perspectives in psychiatric care*, 10.1111/ppc.12950. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ppc.12950>

- Aurenque Stephan, D. & Jaran Duquette, F. (2018). La enfermedad como rasgo humano. Hacia una consideración de la enfermedad en cuanto fenómeno existencial. *Alpha (Osorno)*, (47), 161-176. <https://dx.doi.org/10.32735/s0718-220120180004700172>
- Barandiaran, B. P. (2020). *Indefensión aprendida: una revisión Sistemática de la literatura científica*. (tesis de bachillerato, UPN). Re-Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/27076>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Bowen, D. J., Helmes, A., Powers, D., Andersen, M. R., Burke, W., McTiernan, A., & Durfy, S. (2003). Predicting breast cancer screening intentions and behavior with emotion and cognition. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(2), 213–232. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.2.213.22875>
- Broggi, M.A. (2001). La relación amistosa en la clínica. Una alternativa mediterránea. *Jano*, 58, 421-422.
- Chorres, P. V. (2016). *Apoyo familiar y estilos de vida en el adulto mayor del asentamiento humano 10 de setiembre, Chimbote, 2015*. (Tesis de licenciatura, UNS). Re-Universidad Nacional del Santa. <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2583>
- Córdova, M., & Rosales, J. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 29(2), 289-309. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472011000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000200005&lng=es&tlng=es).

- Deguer, M., Rodrigues, M., De Faria, C., Garcia, R., & Szylit, R. (2015). A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: fluuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3),560-567. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2814/281442223026>
- Díaz, X. C. & Henríquez, Y. M. (2022). *Desesperanza e ideación suicida en adolescentes en situación de violencia familiar de una institución educativa del distrito de Trujillo*. (Tesis de licenciatura, UCV). Re-Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/84118>
- Dogan, E., & Ozcelik, H. (2022). Determine the Symptom Intensities, Performance and Hopelessness Levels of Advanced Lung Cancer Patients for the Palliative Care Approach. *The American journal of hospice & palliative care*, 10499091211073528. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10499091211073528>
- Dos Santos, M. (2017). Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3061-3075. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>
- Ekhtiari, S., Chiba, K., Popovic, S., Crowther, R., Wohl, G., Wong, A. K., Tanke, D. H., Dufault, D. M., Geen, O. D., Parasu, N., Crowther, M. A., & Evans, D. C. (2020). First case of osteosarcoma in a dinosaur: a multimodal diagnosis. *The Lancet Oncology*, 21(8), 1021-1022. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30171-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30171-6)
- Falconetti, C. (2011). Problematiche psicopatologiche in oncologia: cenni epidemiologici sulla depressione. [Tesis de Magister]. Universita degli Studi Gabriele D'Annunzio

di Chieti e Pescara. <https://www.tesionline.it/tesi/aspetti-psicologici-della-leucemia-infantile/17490>

Fawcett, J. y Wall, A. (1991). Family Theory Development in Nursing: State of the Science and Art. *Holistic Nursing Practice*, 6(4), 77- 78.

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., Lucas-Molina, B., Inchausti, F., & Pérez-Albéniz, A. (2020). Conducta suicida en adolescentes: un análisis de redes. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 31 de mayo 2020. ISSN 1888- 9891. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>.

Fuchs, B. & Pritchard, D.J. (2002). Etiology of osteosarcomas. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 397,40-52. [https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2002/04000/etiology\\_of\\_osteosarcoma.7.aspx](https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2002/04000/etiology_of_osteosarcoma.7.aspx)

Galarza, G. (2010). *Apoyo psicológico al paciente con cáncer. Servicio de Psicología del INEN*. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Recuperado de: [http://inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/eventos-inen/07062010\\_APOYO\\_PSICOLOGICO\\_AL\\_PACIENTE\\_CON\\_CANCER\\_2010.pdf](http://inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/eventos-inen/07062010_APOYO_PSICOLOGICO_AL_PACIENTE_CON_CANCER_2010.pdf)

Gómez, E., López, I., Herrera, A., Flores, G., Higuera, G., & Repullo, A. (2009). Repercusión del apoyo informal en la salud de nuestros pacientes urológico. *Asociación Española de Enfermería en Urología*, 12(9):25-31.

González, L. B. (2020). *Desesperanza aprendida y evitación al éxito laboral en colaboradores una empresa pública de Chiclayo*. (Tesis de licenciatura, USS). Re-Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/7694>

- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Primera edición. Ediciones Paidós Ibérica. España. 1997. Recuperado de: [https://books.google.com.pe/books/about/El\\_apoyo\\_social\\_en\\_la\\_intervenci%C3%B3n\\_comu.html?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books/about/El_apoyo_social_en_la_intervenci%C3%B3n_comu.html?id=OyCPgNt1iRsC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Guzman, M. (2017). *Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana*. [Tesis de licenciatura, UNMSM]. Re-Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6146>
- Hartford, C. M., Wodowski, K. S., Rao, B. N., Khoury, J. D., Neel, M. D., Daw, N. C. (2006). Osteosarcoma among children aged 5 years or younger. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 28(1), 43-47. <https://doi.10.1097/01.mph.0000193469.84067.e6>
- Heisel, M. J. & Flett, G. L. (2022). The Social Hopelessness Questionnaire (SHQ): Psychometric properties, distress, and suicide ideation in a heterogeneous sample of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 299(1), 475-482. ISSN 0165-0327. <https://doi.org.10.1016/j.jad.2021.11.021>
- Kane, C.F. (1991). Family social support: toward a conceptual model. *ANS Adv Nurs Sci*. 1988;10(2):18-25. <https://doi.org/10.1097/00012272-198801000-00007>
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature*, 455(7215), 894–902. <https://doi.org/10.1038/nature07455>
- Leyton, Z. (1997). *Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social y apoyo familiar*. [Tesis de Maestría, UNT].

- Liu, Su & Wu, Xia & Wang, Ning & Zhao, Qian & Xiao, Lin & Fang, Chun & Yu, Ya & Lin, Dong & Zhang, Li. (2020). Serial multiple mediation of demoralization and depression in the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Psycho-Oncology*. 29. <https://doi.org/10.1002/pon.5439>
- Llantá, M.; Abalo, J.; Pérez, C.; Pire, T.; Rivero, M.; & Ortiz, G. (2005). La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptuación. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. *Revista Psicología y Salud*, 15(2), 187-194. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.803>
- Luengo, C., Ocares, J., Sandoval, P., Santana, T., Vásquez, K. & Morales, I. (2021). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, 32(4), 216-220. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000500216&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216&lng=es&tlng=es).
- Macedo, D.R., Neris, R.R., Anjos, A.C.Y. et al. (2019). Radiotherapy Experiences from the Perspective of Head and Neck Cancer Patients: Integrative Literature Review. *Rev Fund Care Online*. 2019. Apr./Jul.; 11(3):785-791. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.785-791>
- Magalhaes, R., Mesquita, E., & Pereira, M. (1999). Familia como suporte para a mulher em Tratamento Quimioterápico. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1), 87-92. <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4855/3719>
- Malca, C. M. & Sánchez, R. (2016). *Soporte social y desesperanza en reclusas del penal de Chiclayo, 2015*. [Tesis de maestría, UPAG]. Re-Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/221>

- Malo, D. A. (2015). *Análisis psicométrico del inventario de indefensión escolar aprendida en estudiantes de la Universidad Manuela Beltrán Seleccional Bucaramanga*. [Presentación en congreso]. Memorias III Congreso Internacional Psicología y Educación Psychology Invetigation. ISBN: 978-9962-8979-8-9. [https://static.s123-cdn-static-d.com/uploads/3743669/normal\\_5efd1abd47e5e.pdf](https://static.s123-cdn-static-d.com/uploads/3743669/normal_5efd1abd47e5e.pdf)
- MINSA. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013*. Ministerio de Salud. [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
- MINSA. (2014). *Principales causas de mortalidad por sexo*. Ministerio de Salud - Oficina General de Tecnologías de la Información. Ministerio de Salud: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
- MINSA. (2011). *Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección 66 General de Salud de las Personas*. En Polo, O.P. (2018). Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 375-382. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>
- Molla, W. (2019). *Desesperanza y Agresión en Adolescentes Reincidentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Lima*. [Tesis de licenciatura, UNFV]. Universidad Nacional Federico Villarreal. [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3159/UNFV\\_MOLLA\\_LE%c3%93N\\_WALTER\\_BOYS\\_FERNANDO\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3159/UNFV_MOLLA_LE%c3%93N_WALTER_BOYS_FERNANDO_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Monja, J. (2018). *Relación entre clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) – Distrito 26 de octubre – Provincia de Piura, 2016*. [Tesis de licenciatura, ULADECH]. Universidad Los Ángeles de Chimbote. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/5124>
- Montalván, N. (2015). *Apoyo familiar a personas con cáncer, como factor protector de recuperación, en el Hospital Oncológico de Solca, Loja*. [Tesis de licenciatura, UNL]. Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/10740>
- Nissim, R., Flora, D. B., Cribbie, R. A., Zimmermann, C., Gagliese, L. & Rodin, G. (2010). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale in individuals with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 19(3), 255-263. <https://doi.org/10.1002/pon.1540>
- Odes, E. J., Randolph, P. S., Steyn, M., Throckmorton, Z., Smilg, J. S., Zipfel, B., Augustine, T. N., de Beer, F., Hoffman, J. W., Franklin, R. D., & Berger, L. R. (2016). Earliest hominin cancer: 1.7-million-year-old osteosarcoma from Swartkrans Cave, South Africa. *South African Journal of Science*, 112(7/8), 1-5. <https://doi.org/10.17159/sajs.2016/20150471>
- OMS. (2018). *Cancer Today - GLOBOCAN 2008: CANCER INCIDENCE AND MORTALITY WORLDWIDE*. Organización Mundial de la Salud. [http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=3&ages\\_group%5B%5D=16&nb\\_items=5&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&project](http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=3&ages_group%5B%5D=16&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&project)

[ion=natural-earth&color\\_palette=default&map\\_scale=quantile&map\\_nb\\_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D](#)

Parpa, E., Tsilika, E., Galanos, A., Nikoloudi, M., & Mystakidou, K. (2019). Depression as mediator and or moderator on the relationship between hopelessness and patients' desire for hastened death. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(11), 4353–4358. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04715-2>

Payán, E.; Vinaccia, S.; & Quiceno, J. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 79-89. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552011000200008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000200008&lng=en&tlng=es).

Quiroga, S. & Cryan, G. (2010). Evolución de la desesperanza en grupos de terapia focalizada para adolescentes violentos. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 7(1), 103-111. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555653015>

Ravindran, O. S., Shankar, A., & Murthy, T. (2019). A Comparative Study on Perceived Stress, Coping, Quality of Life, and Hopelessness between Cancer Patients and Survivors. *Indian journal of palliative care*, 25(3), 414–420. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_1\\_19](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_1_19)

Robert, V.; Álvarez, C.; & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)

- Rodríguez, A., & Ruiz, R., & Restrepo, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 90-101.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=804/80401310>
- Rodríguez, J. H., Técualt, R., Amaya, R. A., Atencio, A., Cario, A. G., & González, R. (2016). Comportamiento epidemiológico del osteosarcoma en la población mexicana entre 2005 y 2014. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 81(3), 219-226.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-74342016000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-74342016000300009&lng=es&tlng=es).
- Rosales, N. N. (2018). *Bienestar psicológico y calidad de vida*. [Tesis de licenciatura, URL]. Universidad Rafael Landívar.  
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2018/05/22/Rosales-Nancy.pdf>
- Rubio, Y. (2018). *La Desesperanza, más allá del desánimo*. [Tesis de Maestría, UEC]. Universidad Externado de Colombia.  
<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/d0aa6f90-32dc-4435-91bd-d1c29ae7a91c/content>
- Ruiz, F., & Hernández, C. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar* 2009; 11(4): 147-149.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719071001>
- Schunk, D. (2012). *Teorías del aprendizaje*. (2da edición). México: Pearson.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, Freeman.

- Tomaz, V. & De Arruda, A. (2014). A Influência do suporte familiar no processo de recuperação de mulheres com câncer de mama. *Revista FAROL*, 7(7), 5-21. <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/144/118>. ISSN Eletrônico: 2525-5908
- Toomey, B. & Ecker, B. (2009). Competing Visions of the Implications of Neuroscience for Psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 95-140. <https://doi.org/10.1080/10720530802675748>
- Torres, G. A. (2012). *Los factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay*. (Tesis de doctorado, UNMSM). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F., & Koc, G. (2019). Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients With Gynecologic Cancer and Their Caregivers. *Cancer nursing*, 42(5), 373–380. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000622>
- Van Oers, H. & Schlebusch, L. (2021). Breast cancer patients' experiences of psychological distress, hopelessness, and suicidal ideation. *Journal of Nature Science of Medicine*, 4(3), 250-257. [https://doi.org/10.4103/jnsm.jnsm\\_136\\_20](https://doi.org/10.4103/jnsm.jnsm_136_20)
- Vasquez-Valverde, C. & Polaino-Lorente, A. (1982). La indefensión aprendida en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Revista Estudios en Psicología*, 11(1), 70-89. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65852>
- Yela, J. R. & Malmierca, J. L. M. (1992). Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de

reforzamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(3),301-321. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524305>



15. Tengo gran confianza en el futuro.		
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo		
17. Es poco probable que en futuro consiga una satisfacción real		
18. El futuro aparece vago e incierto para mí.		
19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores		
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre		

### **Ficha Técnica: BHS – Escala de Desesperanza de Beck**

En la presente investigación se utilizará la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), el cual cuenta con las siguientes características:

- 1. Nombre:** Beck Hopelessness Scale
- 2. Autor:** Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974)
- 3. Procedencia:** Estados Unidos
- 4. Adaptación Peruana:** Aliaga, J. & et. Al. (2006)
- 5. Administración:** Individual o colectivo
- 6. Formas:** Completa
- 7. Duración:** 10 a 15 minutos
- 8. Aplicación:** Ámbito Clínico y de la Salud
- 9. Puntuación:** Claves sobre la hoja de Respuestas.
- 10. Significación:** La escala evalúa tres dimensiones de la Desesperanza de Vida:
  - Dimensión Afectiva
  - Dimensión Motivacional y de Expectativas Futuras
  - Dimensión Cognitiva
- 11. Tipificación:** Baremos Peruanos
- 12. Descripción:** La Escala de Desesperanza de Vida de Beck se encuentra conformado por 20 ítems y valorados con una escala tipo dicotómica, en la cual se utilizan las puntuaciones de 0 y 1 con enunciados que son “verdadero y falso”. Así también, contiene tres dimensiones:
  - Sentimientos sobre el futuro: Comprende aspectos tales como el entusiasmo y la esperanza, la fe, la felicidad y los buenos momentos que posee el paciente. Aquellas personas que se dan por vencidas desde el inicio tienden a estar convencidas de que los contratiempos que les ocurren persistirán en el tiempo.
  - Expectativas sobre el futuro: Relacionado a los pensamientos anticipatorios, pero que poseen un tenor de tipo negativo, relacionado a la obtención de cosas, el mal funcionamiento de ciertas áreas de la vida del paciente, o que el futuro resulte vago e incierto.
  - Pérdida de la motivación: Comprende aspectos relacionados a la pérdida de la motivación, la conducta de rendirse frente al problema,

tomar decisiones sobre no hacer nada; comportamiento apático, y no tratar de conseguir algo a futuro.

**13. Cálculo de puntuaciones:** Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan obteniéndose un puntaje general por dividido en las categorías Asintomático/Normal: 0-3 puntos, Leve: 4-8 puntos, Moderado: 9-14 puntos, Severo: 15-20 puntos.

**14. Confiabilidad y Validez:** En un estudio chileno realizado por Álamo & et. Al. (2019) se halló que la Escala de Desesperanza obtuvo un coeficiente de consistencia interna  $\alpha = 0,86$  para sus 20 ítems evaluados. En la adaptación del instrumento a la realidad peruana hecha por Aliaga & et. Al. (2006) se obtuvo un coeficiente de consistencia interna  $\alpha = 0,82$ . A la fecha el instrumento ha demostrado ser confiable y válido a través del tiempo.

ANEXO B:ESCALA DE VALORACIÓN DE APOYO FAMILIAR (1998)**B. CUESTIONARIO:**

Este cuestionario es completamente anónimo, y persigue como objetivo conocer el apoyo familiar que usted percibe. Tal es así que, encontrará una serie de enunciados sobre cómo se siente actualmente, por ello solicitamos su opinión sincera al respecto, sus respuestas son valiosas para brindarle un mejor apoyo. Debe contestar, colocando un Aspa (x) en las opciones de respuestas: NUNCA, A VECES, SIEMPRE.

<b>ITEMS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.			
Sus familiares le escuchan cuando Ud. tiene algún problema preocupación o necesita algo.			
Se siente comprendido por sus familiares.			
Considera que entre usted y sus familiares existen la confianza suficiente para guardar un secreto.			
Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares			
Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.			
Considera que sus familiares están orgullosos de usted.			
Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación de su interés.			
Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros.			
Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.			

## **Ficha técnica: Escala de Valoración del Apoyo Familiar (1998)**

1. **Autor:** Zoila Leitón
2. **Procedencia:** Perú
3. **Año de edición:** 1998
4. **Adaptación Peruana:**
5. **Administración:** Individual o colectivo
6. **Formas:** Completa
7. **Duración:** 10 a 15 minutos
8. **Aplicación:** Ámbito Clínico y de Salud
9. **Puntuación:** Claves sobre la hoja de Respuestas.
10. **Significación:** La escala evalúa los siguientes indicadores del apoyo familiar:
  - Apoyo afectivo
  - Apoyo a la estima
  - Apoyo instrumental
11. **Tipificación:** Baremos Peruanos
12. **Descripción:** la escala para la valoración del apoyo familiar contiene 10 ítems, valorados con una escala tipo Likert, en la cual se utilizan las puntuaciones de 1 a 3 con enunciados que son: nunca, a veces y, siempre. Así también, contiene tres dimensiones:
  - Apoyo Emocional, a entender de Ruiz y Fernández (2009) es un apoyo expresivo a través del cual el paciente satisface sus necesidades emocionales y afiliativas, es debido a esto que el apoyo emocional supone el incremento significativo de la autoestima al sentirse valorado y respetado, así como también aceptado por los demás.
  - Apoyo Informativo, para entendimiento de esta dimensión Gracia (1997) refirió que es el tipo de apoyo relacionado a la entrega de noticias o información de cómo resolver las dificultades personales o del medio que rodea a la familia, y una forma de lograr ello es a través del uso de explicaciones, consejos y orientaciones.
  - Apoyo Instrumental, este tipo de apoyo hace referencia a la facilitación de suministros, sean bienes materiales y/o servicios que contribuyen en la solución de problemas prácticos y mejorar su condición de vida, referido a las conductas que ayudan directamente al paciente en cuestión, y que requiere de un apoyo de tenor económico y no económico.
13. **Cálculo de puntuaciones:** Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan obteniéndose un puntaje general que tiene como máximo 30 puntos y como mínimo 10 puntos. Se encuentran las siguientes categorías: 10-18 puntos bajo grado de apoyo familiar, 19-25 puntos moderado grado de apoyo familiar, 26-30 puntos un alto grado de apoyo familiar.