

# APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN HOMBRES OPERADOS DE CÁNCER DE LARINGE

## PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN MALE LARYNGECTOMIZED PATIENTS

Montserrat Andrés\*, Raquel Remesal\*\*, Esperanza Torrico\*

\* Departamento de Psicología Clínica Experimental y Social de la Universidad de Huelva

\*\* Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva

### Resumen

En este trabajo, se realiza un estudio sobre el apoyo social percibido en una muestra de hombres operados de cáncer de laringe, realizando comparaciones con una muestra de hombres sanos, y valorando la percepción de las parejas de los hombres de ambas muestras.

Los objetivos son evaluar el apoyo social percibido por los hombres operados de cáncer de laringe y establecer las diferencias respecto al apoyo social percibido entre el grupo de hombres sanos y el de operados de cáncer de laringe.

La muestra se compone de 25 hombres operados de cáncer de laringe, 25 hombres sanos, 15 mujeres que eran pareja de los hombres diagnosticados de cáncer de laringe y 15 mujeres que eran pareja de los hombres sanos. Para la evaluación del apoyo social percibido, utilizamos el ISEL de Cohen et al (1983).

Principalmente, encontramos que los hombres laringectomizados perciben el apoyo informativo como el menos accesible para ellos, siendo el instrumental y el emocional los que perciben en mayor medida. Entre los hombres laringectomizados y los hombres sanos, tan solo encontramos diferencias respecto a la percepción del apoyo social de tipo instrumental.

**Palabras clave:** Cáncer, apoyo social, cáncer de laringe, apoyo social percibido.

### Abstract

It is studied the level of perceived social support in a sample of male subjects operated for larynx cancer by conducting comparisons with a sample of healthy males and assessing the perception of the partners of both groups of men.

The objectives are to assess the perceived social support by men operated for larynx cancer and establish the differences with respect to the perceived social support between the group of healthy males and that of the cancer patients.

The sample consisted of 25 males operated for larynx cancer, 25 healthy males, 15 female partners of the males diagnosed with cancer and 15 female partners of the healthy males. To assess perceived social support, we used the ISEL of Cohen et al (1983).

Our main finding was that laryngectomized males perceive informational support as the least accessible to them, while they perceive instrumental and emotional support the most. Between laryngectomized and healthy males we only found differences in relation to the perception of social support of an instrumental nature.

**Key words:** Cancer, social support, larynx cancer, perceived social support.

---

### Correspondencia:

Montserrat Andrés  
Facultad de Ciencias de la Educación  
Campus El Carmen  
Avda. Tres de Marzo s/n. 21071 Huelva  
E-mail: montserrat.andres@dpsi.uhu.es

## INTRODUCCIÓN

El concepto de Apoyo Social, en términos generales, hace referencia a las consecuencias que tiene para una persona el mantenimiento de relaciones sociales. Se trata, en definitiva, de las funciones que cumplen las relaciones sociales para la obtención de bienestar. Como plantea Buendía<sup>(1)</sup> la mayoría de las definiciones coinciden en considerarlo como un constructo multidimensional debido a los diferentes efectos positivos que aporta (emocionales, informacionales, instrumentales).

En este sentido Alberch y Adelman<sup>(2)</sup> proponen que: "el apoyo social, se refiere a la comunicación verbal y no verbal entre receptores y proveedores que reduce la incertidumbre acerca de la situación, el *self*, el otro o la relación y que funciona para realzar una percepción de control personal en la experiencia de la vida de uno". En relación a la enfermedad oncológica, si entendemos la situación del enfermo oncológico como cargada de incertidumbre, teniendo por ello el enfermo la sensación de falta de control sobre ella, la aplicación de esta definición nos permite considerar que las verbalizaciones y las expresiones no verbales de los que le rodean podrían ayudarle a aumentar la percepción de control. Así mismo, si el médico le explica a un paciente que por el tipo de cáncer, por el momento en que se ha diagnosticado y por sus características personales tiene muchas posibilidades de superar la enfermedad, para lo que además será necesario que siga un tratamiento y ponga en marcha unas determinadas conductas de salud como cuidar la alimentación, caminar, y mantener dentro lo posible sus actividades de ocio, esta persona podría percibir un mayor control sobre la situación, considerando que hay algo que pueda hacer en la lucha contra la enfermedad.

En esta línea, el apoyo social en el enfermo oncológico, se entiende como una necesidad, que permite paliar el efecto de los cambios asociados a la enfermedad<sup>(3-5)</sup>. A ello podemos añadir la siguiente matización: "el apoyo social percibido, ha demostrado ser más importante y tener mas impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe"<sup>(6)</sup>.

A pesar de la diversidad en cuanto a su definición, la mayoría de los autores<sup>(7)</sup> coinciden en delimitar las funciones básicas de este apoyo social, estableciendo en base a ello los distintos tipos que son<sup>(8)</sup>:

**Emocional:** consiste básicamente en ofrecer cuidado, afectividad, aumento de auto-estima, interés, confianza, etc.

**De valoración:** consiste en transmitir información relevante para la autoevaluación. Es tomar a otros como punto de referencia para evaluarse a sí mismo, recibir feedback.

**Informacional:** es facilitar los datos suficientes sobre la situación y las demandas que ésta hace de la persona para facilitar la puesta en marcha de estrategias de autoayuda.

**Instrumental:** será realizar conductas que ayuden directamente a la persona necesitada (ayudarle a vestirse, moverse, comer...).

Respecto a la existencia o cantidad de relaciones sociales, tan solo decir que para que tenga lugar el apoyo social es necesaria la existencia previa de relaciones sociales. Por otra parte, dependiendo de si éstas son suficientes y adecuadas o no, contribuirán a la integración social del receptor o a su aislamiento.

Concretando en la relación entre apoyo social y salud, podemos hablar de dos tipos de efectos del apoyo social sobre la salud<sup>(1,9,10)</sup>:

1. Efecto directo: fomenta directamente la salud y el bienestar in-

dependientemente del estrés. Según esta hipótesis, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico y a menor grado de apoyo mayor malestar. Barrón<sup>(9)</sup> recoge dos de los mecanismos por los cuales se produce este efecto directo<sup>(11)</sup>:

a. Las personas que cuentan con poco apoyo social tienen un mayor riesgo de verse afectados por estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados y/o disponen de apoyo cuando lo necesitan. En este sentido la ausencia de apoyo social supone en sí misma un estresor, por el contrario, el apoyo social, puede prevenir de la exposición a ciertos estresores ya que las relaciones sociales pueden ayudar a prever ciertos estresores posibilitando la modificación de aspectos relacionados con éstos o la realización de cambios en la conducta para evitar la exposición.

b. Las relaciones sociales tienen tres modos de proporcionar beneficios: permiten adquirir un conjunto de identidades, ya que éstas se desarrollan mediante la interacción social. Contribuyen a la autoevaluación positiva, ya que ello depende, en parte, de las evaluaciones que las personas que le rodean. Y por último proporcionan sensación de control y dominio a partir de la adecuada ejecución de las tareas relacionadas con el rol desempeñado, lo que genera sentimientos de placer, satisfacción, orgullo, etc.

2. Efecto indirecto: cuando actúa como moderador de otras fuerzas que influyen en el bienestar. Así, por ejemplo, el apoyo social ejerce un efecto protector ante el estrés vital, reduciendo el impacto que éste puede tener sobre la persona.

Como señalan Ibáñez y Rosbundo<sup>(12)</sup>, el soporte social es una de las variables que ha demostrado su derecho a ser tenida en cuenta, no sólo en el estudio de condiciones consecuentes de la enfermedad oncológica, sino también como variable moduladora del pronóstico de la misma.

En torno al cáncer, existen datos que apuntan al efecto beneficioso del apoyo social si se entiende este como: "transacciones interpersonales que implican uno o más de los siguientes factores: compromiso emocional, ayuda instrumental, comunicación e información relevante para hacer valoraciones"<sup>(13)</sup>. Una persona que se enfrenta a un diagnóstico de cáncer necesita: ayuda instrumental (como por ejemplo ayuda para moverse cuando ha disminuido temporal o definitivamente la movilidad), información (real y objetiva que huya de los mitos) y valoración de la misma, tomar decisiones más o menos arriesgadas (como someterse o no a tratamiento)<sup>(14)</sup>, así como el apoyo de la pareja, la familia y/o los amigos. Éstas variables no sólo son beneficiosas sino también necesarias. Aunque no siempre el tipo de soporte social prestado resulta el más adecuado, ya que también depende su eficacia de las personas que lo proporcionan y del momento en que se facilita<sup>(15)</sup>. Así mismo, puede producir una disminución en la autoestima<sup>(16)</sup> y en el caso del conocimiento de un diagnóstico de cáncer, esto puede resultar tan estresante

para la familia como para el propio individuo, dificultando el apoyo que ésta podría proporcionar al paciente<sup>(17,18)</sup>.

Por otra parte, diversas investigaciones revelan la existencia de una mayor mortalidad por cáncer entre personas económicamente desaventajadas y/o con apoyo social deficitario que entre aquellas que tienen unas mejores condiciones en estos aspectos<sup>(19-21)</sup>. En relación con la influencia del apoyo social en la supervivencia, Holland<sup>(19)</sup> plantea dos hipótesis:

1. Las relaciones reconfortantes pueden influir positivamente en los sistemas inmunitarios y endocrinos.
2. Los miembros de la familia, los amigos y otras personas pueden ayudar al paciente a adaptarse a los tratamientos, a acostumbrarse a una dieta más sana y a tomar medidas que prolonguen su vida, en definitiva, a promover hábitos saludables.

Cruzado et al<sup>(22)</sup> también apuntan la influencia, entre otros factores, del apoyo social en el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el problema del cáncer. Otros autores señalan el efecto positivo en el proceso de adaptación a la enfermedad favoreciendo la recuperación del bienestar psicológico<sup>(23,24)</sup>.

Por otro lado Vinaccia et al<sup>(25)</sup>, encontraron que en enfermos de cáncer de pulmón, al apoyo social recibido lo encontraban con mayor frecuencia en la familia, pero la calidad del mismo se percibía como pobre, estando más satisfechos con el apoyo emocional que recibían del personal sanitario y de los amigos.

En líneas generales, el apoyo social en la enfermedad oncológica se asocia con una mejor evolución de la enfermedad, una mayor adaptación emocional,

un mejor afrontamiento, y en definitiva, con una mejor calidad de vida. Lo que no queda totalmente delimitado es la dirección de esta influencia, el peso exclusivo de la misma y, por tanto, los factores asociados que modulan su efecto.

## OBJETIVOS

1. Valorar el Apoyo Social percibido de los hombres laringectomizados que acuden a rehabilitación foniátrica en la Asociación Sevillana de Laringectomizados.
2. Establecer las diferencias, si las hubiera, respecto al Apoyo Social percibido entre el grupo de hombres sanos y el de operados de cáncer de laringe.
3. Establecer si existen diferencias en la valoración del Apoyo Social percibido en los matrimonios formados por hombres operados de cáncer de laringe y sus parejas, y en los formados por hombres sanos y sus parejas

## MÉTODO

### Muestra

La muestra se compone de 4 grupos que describimos a continuación:

**Grupo 1:** constituido por 25 hombres diagnosticados de cáncer de laringe, laringectomizados, que asisten a los grupos de rehabilitación foniátrica de la Asociación Sevillana de Laringectomizados.

Respecto a las características socio-demográficas, comentar que la edad se distribuía alrededor de una Media de 64,76 y una Desviación Típica de 8,57 y oscilaban entre los 48 y 82 años. Más del 50% de hombres que componen este grupo, tenían unas edades comprendidas entre los 61 y 74 años. El estado

civil predominante era el de casado, en el 80% de los casos, existiendo un bajo porcentaje de hombres separados (4%), viudos (12%) y solteros (4%). En cuanto a la participación de sus parejas en el estudio ésta se dio en el 60% de los casos, constituyendo el subgrupo GRUPO 1-EMPAREJADOS (15 hombres). El número de hijos oscilaba entre 0 y 8, siendo el más común el de 2 que se daba en el 44% de los casos. El nivel de estudios se agrupaba en torno a un nivel cultural muy bajo (saber leer y escribir), en el 56% de los casos.

En cuanto a la situación laboral, el 4% se encontraban en activo, frente al 48% que se encontraban jubilados y el 36% que estaban en situación de incapacidad. El tiempo de evolución de la enfermedad, se agrupaban, en el 60% de los casos, entre el año y los dos años de evolución. Por otro lado, el 76% de ellos, además de la cirugía habían recibido algún tipo o varios tipos de tratamientos coadyuvantes.

Respecto a la información recibida sobre su enfermedad el 64% afirmaban haber sido informado sobre su diagnóstico, mientras que el 24% manifestaba no haber recibido información. Así mismo, en relación a la satisfacción con dicha información, se observa que el 76% estaban satisfechos, el 8% quería más información frente al 4% que quería menos y el 12% no contestó. En este mismo sentido, cuestionados sobre si lo comunicado por el médico aclaró todas las dudas, el 72% de los casos contestó afirmativamente. Por otro lado, el 72% de la muestra afirmó haber recibido información sobre el tratamiento frente a un 24% que no la recibió.

Por último, respecto a los cuidados recibidos durante la enfermedad, el 44% manifestaban que sólo eran sus mujeres las que se ocupaban de ello y el 28% eran cuidados por éstas y sus hijos. Tan

sólo el 8% participaba en su cuidado junto a su mujer o mujer e hijos y un 8% se cuidaban ellos solos.

**Grupo 2:** Constituido por 25 hombres sin ningún tipo de patología orgánica o psicológica conocida. Las características sociodemográficas de este grupo de hombres eran las siguientes:

Sus edades oscilaban entre los 48 y los 81 años, con una media de 64,96 y una desviación típica de 9,10. El estado civil predominante era el de casado (88%). En cuanto a la participación de sus parejas en el estudio ésta se dio en el 60% de los casos, constituyendo el subgrupo GRUPO 2-EMPAREJADOS (15 hombres). El número de hijos oscilaba entre 0 y 8, siendo el más común el de 2 hijos. Con respecto al nivel de estudios, el 44% de los hombres de este grupo manifestaban tener un nivel cultural muy bajo (sabe leer y escribir).

**Grupo 3:** Constituido por 15 mujeres, parejas de los hombres diagnosticados de cáncer de laringe, laringectomizados y que asisten al grupo de rehabilitación foniátrica de la Asociación Sevillana de Laringectomizados. A continuación pasamos a describir las características sociodemográficas de este grupo muestral:

Las edades se distribuían alrededor de una Media de 55,07 y una Desviación Típica de 17,96 y oscilaban entre los 45 y 78 años. El estado civil predominante era el de casada en un porcentaje del 100%. El número de hijos oscilaba entre 2 y 5, siendo el más común el de 2, que se daba en el 56,3% de los casos. El nivel de estudios se agrupaba, en más del 50% de los casos, en torno al nivel cultural muy bajo (saber leer y escribir).

**Grupo 4:** constituido por 15 mujeres, parejas de los hombres sanos. Las características sociodemográficas eran las siguientes: Sus edades oscilaban entre los 44 y los 64 años, con una media de 55,27 y una desviación típica de 5,68. El

estado civil de todas ellas era el de casada. Respecto al número de hijos, este oscilaba entre 1 y 8, siendo el más común el de 2 hijos.

Con respecto al nivel de estudios, aunque heterogéneo, observamos un predominio de mujeres con nivel cultural de estudios primarios.

— *Criterios de inclusión*

- Para el Grupo 1 (25 hombres): Ser hombre; estar diagnosticado de cáncer de laringe e intervenido quirúrgicamente (laringectomizado); estar asistiendo al grupo de rehabilitación foniatría en la Asociación Sevillana de Laringectomizados y tener una edad comprendida entre los 48 y 82 años.
- Para el Grupo 2 (25 hombres): ser hombre; estar sano físicamente o no tener conciencia de ninguna enfermedad grave y tener una edad comprendida entre los 48 y 82 años.
- Para el Grupo 3 (15 mujeres): ser mujer y que su pareja pertenezca al grupo 1.
- Para el Grupo 4 (15 mujeres): ser mujer y que su pareja pertenezca al grupo 2.

— *Criterios de exclusión*

- Estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.
- No saber leer ni escribir.

## **Instrumentos de evaluación**

### *Inventario Sociobiográfico:*

Creado al efecto para obtener información sobre distintos aspectos sociobiográficos y actitudinales.

#### 1. Inventario para los hombres con cáncer de laringe:

Para la realización de este Inventario nos basamos, en lo que respecta a la variables sociodemográficas, en una

entrevista elaborada al efecto para recoger de forma sistemática los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, profesión y situación laboral. En cuanto al resto de los ítems planteados en dicho Inventario, responden a variables que consideramos preciso controlar para la realización del estudio como son: diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad así como los tratamientos recibidos.

También se incluyeron algunas preguntas acerca de la información que los hombres con cáncer habían recibido sobre las pruebas diagnósticas a las que se les sometieron, sobre su diagnóstico y tratamientos, así como su nivel de conformidad y satisfacción con dicha información.

Para finalizar, se plantearon cuestiones referentes a cambios en su estado de ánimo, así como en sus relaciones familiares y sociales tras el diagnóstico, tiempo que llevan asistiendo al grupo de rehabilitación y si han requerido tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, el motivo de éste y la fecha.

#### 2. Inventario para los hombres sanos:

Para la realización de este Inventario también nos basamos, en lo que respecta a las variables sociodemográficas, en una entrevista elaborada al efecto. Respecto al resto de los ítems planteados en dicho inventario, responden a variables que consideramos necesario conocer como son: haber padecido alguna enfermedad grave, cuándo y qué tipo de enfermedad, haber necesitado tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, cuándo y por qué motivo.

### *Lista de Evaluación de Apoyo Interpersonal (ISEL)<sup>(26,27)</sup>:*

Cuestionario que valora el apoyo social percibido mediante 40 ítems, valorando cada uno de los siguientes tipos de apoyo social: apoyo informacional, apoyo emocional, apoyo instrumental y

apoyo de autoestima. Las opciones de respuesta son cuatro, desde “definitivamente falso” hasta “definitivamente verdadero”. Actualmente no se dispone de datos psicométricos de la versión española de Remor<sup>(28)</sup>, pudiendo decir que la consistencia interna de la versión en inglés es de 0,88 ( $\alpha$  de Cronbach)<sup>(29)</sup>. Para este estudio y debido tanto a las dificultades observadas en un estudio piloto, a la hora de responder en función de las cuatro opciones de respuesta, como al nivel cultural de la muestra, optamos por reducir las opciones de respuesta a dos, de manera que a cada uno de los ítems, tenían que responder Si o No, en función de si el contenido de la frase coincidía o no con su forma de pensar o de ver las cosas. Así mismo, presentamos en el Anexo 1 los ítems agrupados en función del tipo de apoyo social que evalúa (instrumental, emocional, material y de valoración) y en los anexos 2 y 3 las instrucciones para los grupos de hombres (1 y 3) y para los grupos de mujeres (2 y 4) respectivamente.

## Diseño

El diseño elegido para la elaboración de este trabajo es de tipo “observacional descriptivo”, de corte transversal, utilizando un muestreo no probabilística.

## Análisis de datos

Se procedió al análisis de los resultados a través del paquete estadístico “SPSS-W<sup>®</sup> (v. 10.0)”.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivos

A continuación expondremos las medias y desviaciones típicas obtenidas por cada uno de los grupos.

Las medias obtenidas, en el grupo 1, en los distintos tipos de apoyo social, nos permiten decir que los hombres de este grupo perciben que el mayor apoyo que reciben, es el emocional ( $\xi = 7,36$ ) y el instrumental ( $\xi = 7,64$ ) (Tabla 1).

Tabla 1. **Medias y Desviaciones Típicas del “I.S.E.L.” en Grupo 1 y Grupo 2**

	Grupo 1 (n=25)		Grupo 2 (n=25)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
<b>Factor I: Apoyo Informativo</b>	5,68	2,01	6,24	2,74
<b>Factor II: Apoyo Emocional</b>	7,36	2,56	8,24	1,67
<b>Factor III: Apoyo Instrumental</b>	7,64	2,23	9,12	1,05
<b>Factor IV: Apoyo de Autoestima</b>	6,92	2,12	7,60	1,96

Basándonos en las medias obtenidas, en el grupo 2, en los distintos tipos de apoyo social, podemos decir que los hombres de este grupo consideran que los niveles de apoyo que reciben son altos, destacando el emocional ( $\xi = 8,24$ ) y el instrumental ( $\xi = 9,12$ ) (Tabla 1).

Observando las medias obtenidas, en el grupo 3, podemos decir que las mujeres de este grupo piensan que sus maridos perciben que el mayor apoyo que reciben es de tipo instrumental ( $\xi = 9,07$ ) y de autoestima ( $\xi = 8,40$ ) (Tabla 2).

Las mujeres del grupo 4, consideran que sus maridos perciben un alto apoyo en las distintas modalidades evaluadas, manifestando niveles más altos en los de tipo instrumental ( $\xi = 9,33$ ), emocional ( $\xi = 8,67$ ) y de autoestima ( $\xi = 8,53$ ) (Tabla 2).

Por otro lado y en relación a los datos de los hombres del grupo 1 cuyas parejas participan en el estudio, podemos comprobar (tabla 3) como el apoyo social de tipo emocional, ha sido el que los hombres de este grupo consideran que reciben en mayor medida ( $\xi = 7,60$ ).

En relación a los datos de los hombres del grupo 2 cuyas parejas han par-

ticipado en el estudio, podemos comprobar (tabla 3) como el apoyo social de tipo emocional, ha sido el que los hombres de este grupo consideran que reciben en mayor medida ( $\xi = 8,67$ ).

### Análisis comparativos

En la comparación de las puntuaciones obtenidas en el ISEL, por los Hombres Operados de Cáncer de Laringe y los Hombres Sanos, tan solo se han encontrado diferencias significativas en el apoyo de tipo instrumental ( $t = -2,996$ ,  $p = 0,004$ ), que según las medias expuestas, es más alto en los Hombres Sanos.

Cuando comparamos de las puntuaciones obtenidas en el ISEL por los Hombres operados de cáncer de laringe y sus Mujeres, encontramos que no hay diferencias significativas en los distintos tipos de apoyo social valorados con este cuestionario.

Cuando comparamos las puntuaciones obtenidas en el ISEL, por los Hombres Sanos y sus Mujeres, encontramos que no hay diferencias significativas en los distintos tipos de apoyo social valorado con este cuestionario.

Tabla 2: **Medias y Desviaciones Típicas del "I.S.E.L." en Grupo 3 y Grupo 4**

	Grupo 3 (n=15)		Grupo 4 (n=15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
<b>Factor I: Apoyo Informacional</b>	5,93	2,19	6,47	2,80
<b>Factor II: Apoyo Emocional</b>	7,67	1,80	8,67	1,23
<b>Factor III: Apoyo Instrumental</b>	9,07	1,16	9,33	0,82
<b>Factor IV: Apoyo de Autoestima</b>	8,40	1,24	8,53	1,41



Tabla 3: **Medias y Desviaciones Típicas del "I.S.E.L." en Grupo 1-Emparejados y Grupo 2-Emparejados**

	Grupo 1-Emparejados (n=15)		Grupo 2-Emparejados (n=15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
<b>Factor I: Apoyo Informativo</b>	5,53	2,36	6,07	2,43
<b>Factor II: Apoyo Emocional</b>	7,60	2,82	8,67	1,23
<b>Factor III: Apoyo Instrumental</b>	8	2,48	9	1,07
<b>Factor IV: Apoyo de Autoestima</b>	7,07	2,58	8,07	1,49

Tabla 4: **Análisis Discriminante**

	Lambda de Wilks	F	P
<b>Apoyo Instrumental</b>	0,812	5,877	0,001
<b>Apoyo de Autoestima</b>	0,882	3,377	0,023

**Análisis discriminante**

A continuación presentamos los factores y puntuaciones totales que por su significación son adecuados para clasificar correctamente el mayor número de sujetos de la muestra (tabla 4). Como podemos comprobar, de los 4 factores o tipos de apoyo social, 2 han resultado significativos para discriminar entre los sujetos de los distintos grupos. Tenemos que añadir, que debido al tamaño de nuestros grupos, debemos tomar con cautela los resultados obtenidos mediante este análisis.

**DISCUSIÓN**

Respecto al apoyo social percibido por los hombres operados de cáncer de

laringe, las puntuaciones medias obtenidas nos indican, que el de tipo "Instrumental", y el "Emocional", son los más percibidos por este grupo, siendo el "Informativo" el que consideran que es menos accesible para ellos. Estos resultados pueden verse justificados en cierto modo por la información sobre el grado de satisfacción con la información sobre la enfermedad y los tratamientos ya que no todos están satisfechos con la que tienen, lo que entendemos puede ir en la misma línea de interpretar que el apoyo Informativo es el que menos está al alcance de estos sujetos.

Así mismo y en relación al tipo de apoyo social percibido como más accesible, encontramos datos biográficos que justifican que los hombres de este grupo perciban un alto Apoyo Instrumental, ya

que en el 84% de los casos, han sido sus familiares (mujer, hijos, sobrinos) los que se han encargado de sus cuidados durante la enfermedad, proporcionándoles precisamente ese tipo de apoyo.

Por otro lado las puntuaciones medias obtenidas por el grupo de Hombres Sanos nos indican que el apoyo social de tipo "Instrumental" así como el "Emocional" son los percibidos como más accesibles, siendo el "Informativo" con el que cuentan en menor medida al igual que en el grupo de Hombres Laringectomizados.

En la comparación de las puntuaciones obtenidas por los Hombres Operados de Cáncer de Laringe y los Hombres Sanos, tan solo hemos observado diferencias significativas en el factor "Apoyo Instrumental". Observando las puntuaciones medias obtenidas por los dos grupos (tabla 1) vemos como el grupo de hombres laringectomizados presenta puntuaciones más bajas en este tipo de Apoyo Social. Con respecto a este dato nos llama la atención la posible contradicción en la que entraríamos si consideramos que, respecto a los cuidados relacionados con la enfermedad tan sólo el 8% participa en ellos y el 8% se cuida solo, teniendo un 72% de los hombres que son cuidados por otras personas sin que ellos se encarguen de este asunto en absoluto. Entendemos que la combinación de estos datos nos permite afirmar que no sólo perciben el apoyo instrumental como el más accesible, sino que esto se ve acompañado de una evidente falta de implicación en su autocuidado. En relación al autocuidado, se trata de un dato que nos sugiere la importancia de trabajar con estos enfermos los aspectos relacionados con su propio cuidado para fomentar su autonomía y facilitar por tanto, la normalización, en la medida de lo posible, de su nueva situación.

En relación a las comparaciones de las puntuaciones obtenidas por los Hombres operados de cáncer de laringe y sus Mujeres podemos decir que el apoyo social, valorado mediante el ISEL, es considerado por parte de los hombres con cáncer, en sus cuatro variantes (emocional, instrumental, informativo y de autoestima), como menor del que sus mujeres consideran que perciben, no llegando a existir diferencias estadísticamente significativas. Pensamos que esa ausencia de diferencias podrían ser explicadas por el ajuste entre el apoyo percibido y recibido, siendo el primero el que han valorado los hombres y considerando que el segundo ha podido influir en la evaluación que han realizado las mujeres, ya que son ellas las que entendemos que en este caso, son las principales proveedoras. En este sentido, tal y como apuntan Vinaccia, Quiceno et al<sup>(25)</sup>, en el caso de nuestro estudio, la ausencia de diferencias también podría estar relacionada con un ajuste entre cantidad y calidad de apoyo social. Así mismo, retomamos las aportaciones de Gómez Sancho<sup>(30)</sup> según el cual, la comunicación puede jugar un importante papel, ya que mediante ella el enfermo deberá expresar sus necesidades para que su pareja pueda responder a ellas y no actuar simplemente en base a su intuición, ya que ésta podrá estar mediada por su estado personal y no ajustarse a las necesidades reales del enfermo. Estos datos, nos pueden estar indicando la necesidad de plantear estudios valorando más ampliamente el papel de la comunicación, así como incluir la evaluación tanto del apoyo social percibido como del recibido.

Por último, decir que aunque debido al reducido tamaño de la muestra, tenemos que tomar con cautela los datos que se desprenden del análisis discrí-

minante realizado, consideramos interesante comentar los resultados obtenidos. En la tabla 4 podemos comprobar como los factores "Apoyo Instrumental" y "Apoyo de Autoestima" son los más discriminativos. Si además, tenemos en cuenta que en Apoyo Instrumental, encontramos diferencias significativas tras el análisis de varianza entre los hombres sanos y los operados de laringe, podríamos considerar este factor como una medida fiable de las diferencias entre ambos grupos.

## CONCLUSIONES

Los hombres laringectomizados perciben que cuentan con un mayor Apoyo social en el aspecto "Instrumental" y en el "Emocional", siendo el "Informativo" el que consideran que es menos accesible para ellos.

Entre los hombres operados de cáncer de laringe y los sanos hemos encontrado las siguientes diferencias: El Apoyo Social de tipo "Instrumental" es percibido como menos accesible por los hombres operados de cáncer de laringe que por los sanos, siendo similar la percepción de los otros 3 tipos.

Por último, podemos decir que tanto en el caso de los hombres operados de cáncer de laringe como en el caso de los sanos, no hemos encontrado diferencias en el apoyo social percibido por ellos y la valoración de sus parejas sobre lo que ellas piensan que ellos perciben.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buendía J. Apoyo social y salud. En Buendía J. editor *Psicología clínica y salud*. Murcia: Universidad de Murcia. 1991. p. 22-34.
2. Albrecht TL, Adelman MB. *Communicating Social Support*. Beverly Hills: Sage Publications. 1987

3. Gil Roales J. *Psicología de la Salud: Aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid. Pirámide. 2004.
4. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2005; 2(1):71-80.
5. Gabaldón O, Mayoral JL, Páez D. Afectividad, apoyo social, represión, alexitimia y grupos de apoyo. *Bol Psicol* 1993; 41:31-55.
6. Sandín B. El estrés: un análisis en el papel de los factores sociales. *Rev Inter Psicol Clin Salud* 2003; 3(1): 141-57.
7. House JS. *Work stress and Social Support*. Addison Wesley Publishing. 1981
8. Fernández Ríos L, Torres M, Díaz L. Apoyo social: Implicaciones para la psicología de la salud. En: Simón MA, editor. *Comportamiento y salud*. Valencia: Promolibro. 1992. p 59-65.
9. Barrón A. Apoyo social y salud mental. En Alvaro JL, Torregrosa JR, Garrido Luque A, editores. *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. 1992. p. 223-33.
10. Barrón A, Chacón F. Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Invest Psicol*. 1990; 8:197-206.
11. Thoits PA. Social support and psychological well-being: theoretical possibilities. En Sarason IE, Sarason BR, editors. *Social support: theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff. 1985. p. 51-72.
12. Ibáñez E, Rosbundo A. Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. En Páez D, editor. *Salud, expresión y represión Social de los Ancianos*. Valencia: Promolibro. 1993. p. 37-60.
13. Taylor SE, Falke RL, Shoptaw SJ, Lichtman RR. Social support, support groups, and the cancer patient. *J Consult Clin Psicol*. 1986; 54: 608-15.
14. Durá E. *El dilema de informar al paciente con cáncer*. Valencia: Nau Llibres. 1990.
15. Durá E, Ibáñez E. Algunas consideraciones y un modelo acerca del tema de la

- información en Psicología Oncológica. En: Ibáñez E, editor. *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro. 1987. p. 121-34.
16. Revenson TA., Wollman CA, Felton BJ. Social supports as stress buffers for adult cancer patients. *Psychos Med*, 1983; 45(4): 321-30.
  17. Rait D, Lederberg M. The family of the cancer patients. En Holland J, Rowland J, editors. *Handbook of psychosocial oncology*. New York: Oxford University Press. 1989. p. 585-97.
  18. Koop P.M.. Stress, appraisal and coping with cancer. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 1995; Oct. 56 (4-A):1543.
  19. Holland JC. Desafíos psicológicos del cáncer. *Invest Cienc*. 1996; Nov: 106-9.
  20. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Ann Rev Sociol*, 1988; 14: 293-318.
  21. Vernon SW, Jackson GL. Social support, prognosis and adjustment to breast cancer. En: Markides KS, Cooper CL, editors. *Aging, stress and health*. New York: Wiley. 1990. p. 25-43.
  22. Cruzado JA, Olivares ME, Fernández B. Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En Macías D, Méndez FX, Olivares J, editores *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid. Pirámide. 1992. p. 279-309.
  23. Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC, Grant CH, Hemmick RM. The role of social support in adaptation to cancer and to survival. *J Psychol Oncol*. 1995; 13(1-2):75-95.
  24. Flórez JA. Los precursores psicosociales del cáncer. En Flórez JA, editor. *Personalidad, estrés y cáncer: una aproximación ética e integral en la asistencia*. Madrid: ZENECA Farma. 1999. p. 21-40.
  25. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, Zapata M. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicol Salud*. 2005; 15(2):207-20.
  26. Cohen S, Hoberman H. Positive events and social supports as buffers of life change stress. *J Community Appl Soc Psychol*. 1983; 13:99-125.
  27. Cohen S, Kamarak T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24(4):385-96.
  28. Remor E. Cuestionario para la evaluación del apoyo interpersonal-familiar/cuidador. [Internet] [Acceso 13 de enero de 2009] Carnegie Mellon, Department of Psychology. Disponible en: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/ISEL40spanish.html>
  29. González MT, Landero R, Ruiz MA. Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 23(2):1001-108.
  30. Gómez Sancho M. La atención a la familia. En M. Gómez Sancho *Cuidados Paliativos: Atención integral a enfermos terminales*. Las Palmas: ICEPSS Editores. 1998. p. 957-74.

## Anexo 1

ISEL.I	SI	NO
1.- Hay por lo menos una persona en cuyos consejos confío realmente		
2.- Realmente no hay nadie en quien pueda confiar para que me dé una orientación en asuntos económicos		
3.- Realmente no hay nadie que me dé una opinión objetiva sobre como estoy solucionando mis problemas		
4.- Cuando necesito que me aconsejen como tratar un problema, personal, se que hay a quien puedo acudir		
5.- Hay una persona con quien me siento cómodo si tengo que pedirle consejo sobre mis problemas sexuales		
6.- Hay alguien a quien puedo pedirle consejo acerca de como manejar las discusiones familiares		
7.- Siento que no hay nadie con quien compartir mis preocupaciones y miedos más íntimos		
8.- Si yo tuviera un problema familiar, pocos amigos míos serían capaces de darme buenos consejos para manejar la situación		
9.- Hay muy pocas personas en las que confío que me ayuden a resolver mis problemas		
10.- Hay muy pocas personas a quien puedo acudir para que me den consejos sobre problemas relacionados con mi fuente de ingresos		

ISEL.E	SI	NO
1.- Si un viernes por la tarde quisiera ir de paseo podría encontrar a alguien que fuera conmigo		
2.- Nadie que yo conozco prepararía una fiesta de cumpleaños para mi		
3.- Hay varias personas diferentes con las que me lo paso bien cuando estoy con ellas		
4.- No me invitan a menudo a hacer cosas con otras personas		
5.- Si yo quisiera comer un día fuera, fácilmente encontraría alguien que viniera conmigo		
6.- A la mayoría de la gente que conozco no le gustan las mismas cosas que a mi		
7.- Cuando me siento solo, hay varias personas a las que podría llamar para hablar		
8.- A menudo, me reúno o hablo con miembros de mi familia o amigos.		
9.- Siento que estoy al margen de las personas que me rodean		
10.- Si quisiera salir de la ciudad un día, me costaría bastante encontrar a alguien que viniera conmigo		

ISEL.T	SI	NO
1.- Si por algún motivo, tuviera problemas con la justicia hay alguien a quien podría llamar		
2.- Si tuviera que irme durante un par de semanas alguien a quien conozco podría cuidar mis cosas		
3.- Si estuviera enfermo y necesitara a alguien que me llevara en coche al médico, tendría problemas para encontrarlo		
4.- No hay nadie a quien pueda acudir si necesitara a un conductor durante un par de horas		
5.- Si necesitara un préstamo urgente de 10.000 ptas conozco quien podría hacérmelo		
6.- Si necesitara ayuda al cambiarme de domicilio me costaría mucho trabajo encontrar a quien me ayudara		
7.- Si estuviera enfermo, no podría encontrar a casi nadie que me ayudara a desenvolverme		
8.- Si tuviera algún percance en un lugar retirado hay alguien a quien podría llamar para que fuera a recogerme		
9.- Si tuviera que enviar una carta importante y no pudiera, habría alguien que podría hacerlo por mí		
10.- Si necesitara que me llevaran a alguna parte por la mañana muy temprano me costaría mucho encontrar quien me llevara		

ISEL.A	SI	NO
1.- En general, la gente no tiene mucha confianza en mí		
2.- Tengo a alguien que se enorgullece de mis logros		
3.- La mayoría de mis amigos tienen más suerte que yo cuando hacen algún cambio en sus vidas		
4.- La mayoría de la gente que conozco piensa bien de mí		
5.- La mayoría de mis amigos son más interesantes que yo		
6.- Estoy más satisfecho de mi vida que la mayoría de la gente de la suya		
7.- Me costó mucho tiempo mantener el ritmo de mis amigos		
8.- Creo que mis amigos piensan que no soy muy bueno ayudándoles a resolver sus problemas		
9.- Soy más íntimo de mis amigos que la mayoría de la gente		
10.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente		

## ANEXO 2

### ISEL

#### INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará una serie de frases referidas a distintos aspectos de su vida. No hay contestaciones correctas o incorrectas, simplemente se trata de contestar en función de su manera de percibir las.

En este caso los tipos de respuesta son dos: "SI" cuando el contenido de esa frase coincide con su forma de pensar, o "NO" cuando el contenido de la frase no se adecua a su manera de ver las cosas. En cada caso colocará una X en el recuadro correspondiente.

## ANEXO 3

### ISEL

#### INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará una serie de frases referidas a distintos aspectos **de la vida de su marido**. No hay contestaciones correctas o incorrectas, simplemente se trata de contestar en función de la manera que usted tiene de percibir las. Se le pide que usted señale como ve a su marido, lo que usted cree que él piensa o siente.

Los tipos de respuesta son dos: "SI" cuando el contenido de esa frase coincide con **lo que usted piensa de su marido**, "NO" cuando el contenido de la frase **NO** coincide con **lo que usted piensa de su marido**. En cada caso colocará una X en el recuadro correspondiente.

