

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS, SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

El apoyo social a las mujeres con cáncer de mama en la provincia de Santa Cruz de Tenerife

Trabajo Fin de Grado de Trabajo Social
Lucía Rodríguez Lorenzo

Usuario

22/07/2015

Directora: Juana Dolores Santana Hernández

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Aproximación conceptual al cáncer de mama.....	5
1.2 Datos estadísticos	6
1.2.1 Estadística nacional	6
1.2.2 Estadística específica de Ámate	6
1.3 Aproximación conceptual al impacto del cáncer de mama	8
1.3.1 Diagnóstico de cáncer de mama y adaptación.....	9
1.3.2 Tratamiento y efectos secundarios	10
1.3.3 La autoestima	12
1.3.4 La vida en el entorno social una vez superado el cáncer de mama	13
1.4 Aproximación conceptual al Trabajo Social en Salud y la calidad de vida	14
1.4.1 Apoyo Social y Redes de apoyo, herramientas para el Trabajo Social.....	15
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo general	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3. MÉTODO.....	22
3.1 Participantes	22
3.2 Instrumento.....	22
3.3 Procedimiento.....	23
4. RESULTADOS	25
4.1 Características socioambientales de las mujeres	25
4.2 Resultados sobre el apoyo social percibido por las mujeres	28
4.2.1 Resultados sobre el apoyo social comunitario percibido por las mujeres	28
4.2.2 El apoyo social comunitario en los sistemas tanto formales e informales percibido por las mujeres.....	29
4.2.3 Resultados sobre el apoyo social recibido de la red primaria de las mujeres.....	32
5. DISCUSIÓN.....	35
6. CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS.....	41
ANEXO	43

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Dimensiones de la Autoestima.....	12
Tabla 2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner y los cinco sistemas.....	15
Tabla 3. Dimensiones del apoyo social funcional.....	18
Tabla 4. Recursos de apoyo social que ofrece Ámate.....	20
Tabla 5. Muestra escogida para la investigación.....	22
Tabla 6. Mujeres según su edad.....	25
Tabla 7. Mujeres según su lugar de residencia.....	25
Tabla 8. Número de personas con las que conviven las mujeres.....	26
Tabla 9. Número de personas con las que conviven las mujeres.....	26
Tabla 10. Percepción de las mujeres acerca de la persona que más le apoya en su convivencia.....	26
Tabla 11. Satisfacción de las mujeres sobre el apoyo social recibido.....	27
Tabla 12. Datos a tener en cuenta en los resultados obtenidos sobre el número de personas de las que se compone la red de apoyo de las mujeres encuestadas.....	27
Tabla 13. Número de personas que componen la red de apoyo de las mujeres.....	27
Tabla 14. Respuestas de las mujeres sobre el apoyo social comunitario percibido.....	28
Tabla 15. Opinión de las mujeres sobre la asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife (Ámate).....	30
Tabla 16. Percepción de las mujeres sobre el apoyo recibido por parte de los servicios que la comunidad pone a su disposición.....	31
Tabla 17. Personas que proporcionan más apoyo a las mujeres según el orden de preferencia.....	32
Tabla 18. Relación de las mujeres con la primera persona que le proporciona apoyo dentro de su red social primaria.....	33
Gráfica 1. Edad de las mujeres atendidas por Ámate en 2013.....	7
Gráfica 2. Residencia de las mujeres atendidas por Ámate en 2014.....	7
Gráfica 3. Edades de las mujeres atendidas por Ámate en 2014.....	8
Gráfica 4. Respuestas de las mujeres sobre el apoyo social comunitario percibido.....	29
Gráfica 5. Opinión de las mujeres sobre la asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife (Ámate).....	30
Gráfica 6. Percepción de las mujeres sobre el apoyo recibido por parte de los servicios institucionales.....	31
Gráfica 7. Personas que proporcionan más apoyo a las mujeres según el orden de preferencia.....	32
Gráfica 8. Relación de las mujeres con la primera persona que le proporciona apoyo dentro de su red social primaria.....	34

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio no es otro que investigar acerca del apoyo social percibido por las mujeres con cáncer de mama; en este caso se contó con la participación de mujeres con edades comprendidas entre los 23 y los 83 años, con diagnóstico de cáncer de mama en el período 2013-2014, concretamente de la provincia de Santa Cruz de Tenerife y que se encontraban asociadas en Ámate.

El trabajo que se expondrá a continuación se encuentra estructurado de la siguiente forma.

En el marco teórico se expondrán los conceptos que se han creído necesarios para fundamentar la investigación.

En el epígrafe de los objetivos, se ha especificado la intención con la que se realiza la investigación, siendo dividido en dos partes, el objetivo general y los objetivos específicos.

El apartado del método, se divide a su vez en tres sub-apartados. En el primero se define la muestra de población seleccionada para el estudio. En el segundo, denominado *instrumento*, se expone la herramienta con la que se ha llevado a cabo la investigación y finalmente, en el sub-apartado denominado *procedimiento*, se describen las acciones llevadas a cabo para la realización de la investigación.

En el epígrafe “resultados”, se expondrán los datos del estudio divididos en dos apartados, por una parte los datos socio-ambientales y por otro, los resultados sobre el apoyo social recibido por las mujeres encuestadas, todo ello acompañado de tablas y gráficas para la mejor comprensión de los datos.

En el análisis de resultados se recaban los datos más destacables de la investigación, contrastando los datos obtenidos del cuestionario con la teoría del marco teórico.

En la conclusión se redactarán, a modo de cierre del trabajo, los datos más destacados de los resultados anteriormente nombrados.

Con las referencias se muestra la información sobre las fuentes utilizadas en la elaboración teórica del trabajo.

Finalmente en el apartado “anexo” se recogerá el instrumento (cuestionario) utilizado para la investigación.

Los motivos por los cuales se ha llevado a cabo esta investigación son dos fundamentalmente:

En primer lugar debemos tener en cuenta que el cáncer y más en concreto el cáncer de mama es una enfermedad crónica que va en aumento y que, si bien es cierto que necesita de la investigación científica para aplacar sus efectos, averiguar sus causas y así poder reducir la mortalidad o erradicar su existencia, no es menos cierta la necesidad de ahondar también en las consecuencias, puesto que existe un alto índice de superación de la enfermedad y consta la necesidad de trabajar con esas personas para que avancen en el proceso y sigan el transcurso de sus vidas hasta llegar al objetivo final que, dicho grosso modo, sería volver a sus rutinas.

En segundo lugar y en relación con el punto anterior, se debe tener en cuenta cuando se habla de las consecuencias que suscita el cáncer de mama que, los diversos tratamientos durante ese proceso y la adaptación que conlleva resultan más confortables si la persona se siente apoyada, ya que existen estudios que demuestran la eficacia del apoyo social en la salud y he aquí el segundo motivo, la importancia del apoyo social tanto de redes informales como de redes formales para lograr superarlo. Por lo tanto esta investigación se enfoca en la percepción que las mujeres tienen de ese apoyo, es decir, se comprobó si se oferta ese apoyo y si es del completo agrado, pues como familiar, amigo/a, trabajador o trabajadora social, como entidad u organización se puede pensar que se ha logrado dar ese apoyo que tanto demandan y sin embargo la realidad puede ser distinta. De ahí que la opinión de la persona implicada sea estrictamente necesaria ante una situación de vulnerabilidad, como el cáncer de mama.

1. MARCO TEÓRICO

Este capítulo pretende, entre otras cosas, sustentar la base teórica de la investigación, que aparecerá en epígrafes posteriores. Esto se va a lograr mediante la aproximación hacia los conceptos que se han considerado necesarios para la mejor comprensión del tema estudiado.

1.1 Aproximación conceptual al cáncer de mama

El cáncer afecta a nuestras células y consiste en una división de las mismas sin control. Normalmente las células de nuestro cuerpo nacen, crecen, se reproducen y mueren a medida que se necesitan para mantener el cuerpo sano, sin embargo, este proceso puede descontrolarse, lo que supone que la célula siga dividiéndose cuando ya no es necesario. La masa de las células así formadas constituye una tumoración. Estos tumores pueden ser benignos o malignos y se diferencian por su capacidad de extensión, es decir, las células en los tumores benignos no se extienden a otras partes del cuerpo y por tanto rara vez suponen una amenaza de muerte, sin embargo en el caso de los tumores malignos (cáncer) es posible que las células cancerosas se separen de dicho tumor y entren al torrente sanguíneo o al sistema linfático, pudiendo así formarse nuevos tumores. Este proceso es lo que se conoce como metástasis (Bayo, García, Hernández y Valentín, 2007).

Para aclarar que el cáncer de mama puede darse tanto en hombres como en mujeres debemos decir que las mamas son una pareja de órganos glandulares característicos de los mamíferos, aunque no deja de ser cierto que del total de afectados por esta enfermedad, el 99% de las afectadas son mujeres, frente al 1% que son hombres (Santaballa, 2015).

Finalmente, atendiendo a lo anteriormente expuesto, concretamos que “el cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular”, es decir, son células que han aumentado de forma descontrolada su capacidad reproductiva, en este caso en las mamas (Santaballa, 2015, p. 2).

1.2 Datos estadísticos

1.2.1 Estadística nacional

“El cáncer es la segunda causa de muerte en España, con 97.007 muertes en el año 2004, lo que supone un 26.5% de todas las defunciones. Durante la década de los 90, la mortalidad por cáncer de mama ha disminuido un promedio de un 1,4% anual, pero la incidencia del cáncer de mama en la mujer ha continuado aumentando en la última década” (González y González, 2007, p. 249).

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM 2012) citado en Ámate (2014) el cáncer es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. En España se diagnostican entre 22.000 y 27.000 casos al año, lo que representa casi el 55% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican en mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 80 años, con un pico máximo entre los 45 y los 65 años (Ámate, 2014).

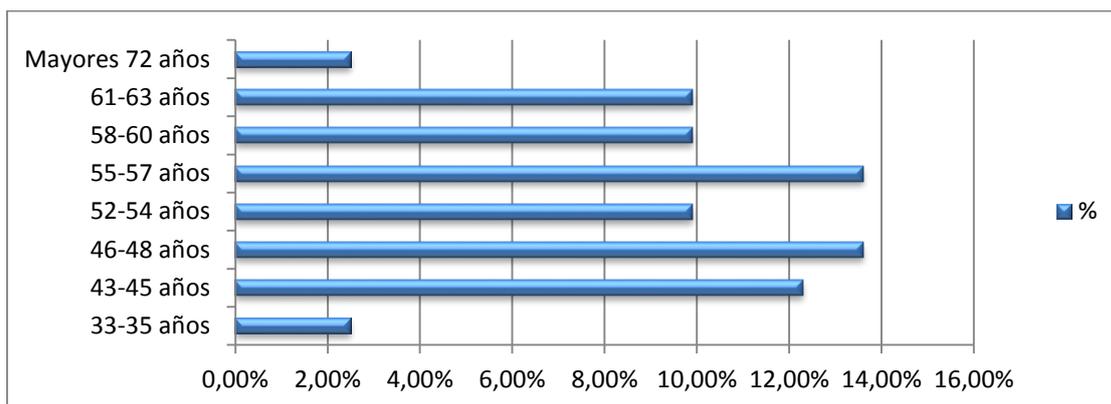
Según la base de datos de La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer GLOBOCAN (2012) citado en SEOM (2014), la incidencia de cáncer de mama en España es de 25.215 casos, es decir un 11,7% y a su vez conlleva una mortalidad de 6.075 casos, es decir, el 5,9%. Añade que la prevalencia en 5 años tanto a nivel mundial como en España será de 104.210 casos, es decir un 17,9%.

1.2.2 Estadística específica de Ámate

Específicamente en Ámate sobre el año 2013, según Pérez y Hernández (2013) se encuentran los siguientes datos:

El 93% de las afectadas atendidas por Ámate en el año 2013 tienen nacionalidad española, de ese 93% un 67,9% residen en Tenerife. Concretamente, el 47% de las usuarias son residentes en Santa Cruz de Tenerife, seguidas de un 12,3% que residen en La Laguna y un 8,6% residen en el municipio de Granadilla; coincidiendo con las cuatro sedes con las que cuenta la asociación en la isla. El 25,1% de las mujeres de nacionalidad española residen en las tres islas restantes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. El 7% restante, procede de Argentina, Colombia, Italia, Paraguay, Uruguay y Venezuela.

Gráfica 1: Edad de las mujeres atendidas por Ámate en 2013.

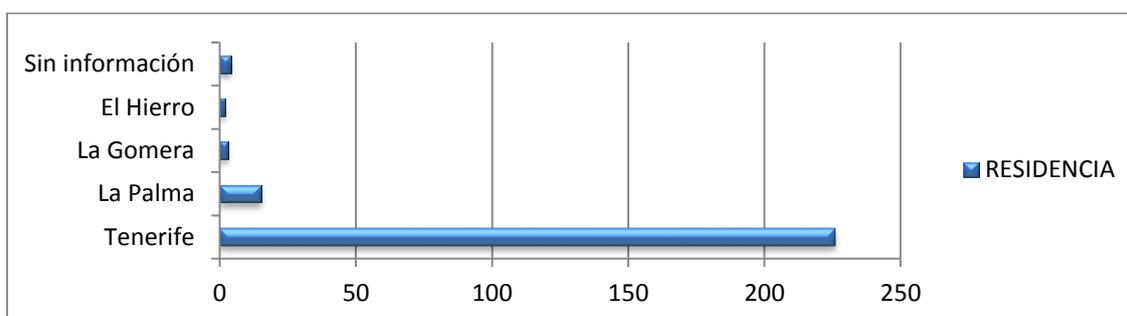


Fuente: Elaboración propia, basada en (Pérez y Hernández, 2013).

El 13,6% de las usuarias tienen entre 46 y 48 años y también el 13,6% entre 55 y 57 años, seguidas de un 12,3% que tienen entre 43 y 45 años. Los intervalos de entre 58 y 60, 61 y 63, y 52 y 54 años representan un 9,9% respectivamente de las afectadas. Cabe destacar que tan solo un 2,5% de las mujeres son mayores de 72 años y un 2,5% poseen edades comprendidas entre los 33 y 35 años (Pérez y Hernández, 2013, p. 12).

Dado que Ámate no cuenta con una memoria 2015 del programa De Mujer a Mujer por la fecha en la que nos encontramos, nos basaremos en el marco teórico del 2013 de la asociación, como se ha descrito en los párrafos anteriores, junto a la memoria del 2014.

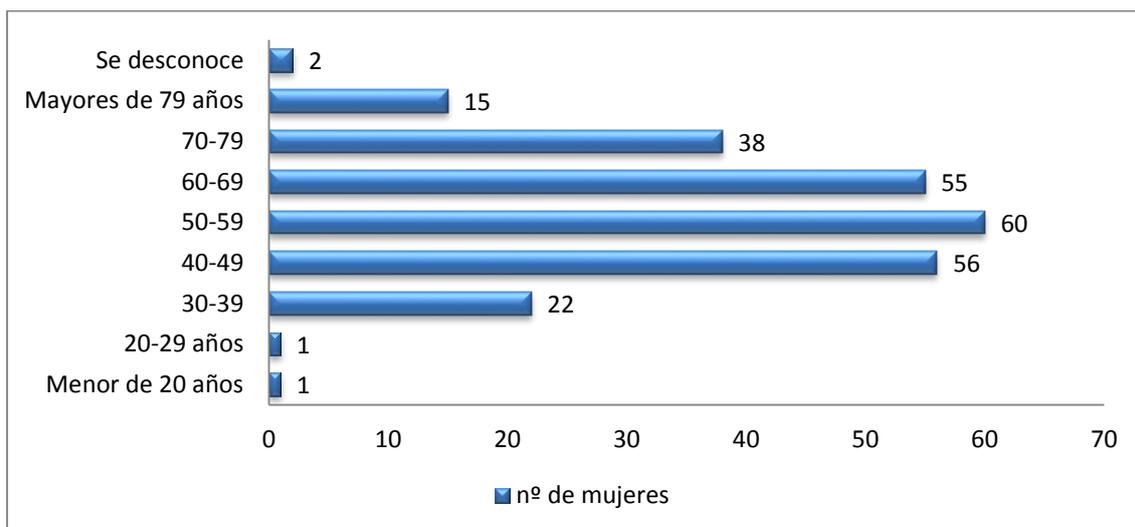
Gráfica 2: Residencia de las mujeres atendidas por Ámate en 2014.



Fuente: Elaboración propia basada en (Ámate, 2014).

Ámate ha atendido durante el 2014 a un total de 250 mujeres. Un 90% (226) residen en Tenerife, un 6% (15) residen en La Palma, un 1% (3) residen en La Gomera, otro 1% (2) residen en el Hierro y un 2% (4) no han proporcionado esta información.

Gráfica 3. Edades de las mujeres atendidas por Ámate en 2014.



Fuente: Elaboración propia basada en (Ámate, 2014).

Se han atendido a un total de 250 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 85 años, la mayoría de ellas concentrada entre los 40 y los 70 años, presentando así una media de edad de 57 años y medio.

1.3 Aproximación conceptual al impacto del cáncer de mama

Este epígrafe hace referencia a la realidad del impacto que supone el cáncer de mama en la vida de una mujer, de un lugar y de qué forma la sociedad lo ha ido integrando.

El cáncer de mama es una enfermedad tumoral que puede poner en peligro la vida de las mujeres, incidiendo a su vez en su imagen y pudiendo tener repercusiones psicológicas, además la mujer se enfrenta a una situación compleja que por norma general desconoce, pero que le afecta debido a que deben aprender de una manera rápida sobre cada uno de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pues los especialistas les indicarán los posibles tratamientos y serán ellas las que se vean obligadas a decidir y prestar consentimiento, por lo que una parte fundamental tras el diagnóstico será el conocer la información existente. A raíz de lo anterior se explica que “el tratamiento multidisciplinar quirúrgico, médico, radioterápico y hormonoterápico consiguen excelentes porcentajes de curación, pero sus efectos secundarios pueden incidir en la autoestima, la estigmatización, posible marginación social, etcétera., comunes a otros tipos de cáncer” (Bayo et al., 2007, p. 11).

En otros lugares como puede ser en México por ejemplo, las contribuciones que conforman el cáncer de mama se basan en tres áreas:

- La perspectiva epidemiológica, visto desde la población, la magnitud y los factores de riesgo asociados a la enfermedad.
- El abordaje de los sistemas de salud, donde se discuten las barreras desde la demanda y la oferta, incluyendo falta de infraestructura y recursos para la detección oportuna.
- La participación de la sociedad civil, a través de grupos organizados a nivel nacional e internacional, así como la sociedad en conjunto (Knaul, López, Lazcano, Gómez, Romieu y Torres, 2009).

En España, al contrario que en el ejemplo anterior, afortunadamente contamos en “la totalidad de las Comunidades Autónomas con un Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de mama, completamente desarrollado, consolidado y que se encuentra entre los más avanzados de la Unión Europea” (González y González, 2007, p. 249).

1.3.1 Diagnóstico de cáncer de mama y adaptación

Se han realizado estudios sobre el cáncer de mama y se ha llegado a la siguiente conclusión: “La falta de apoyo social ha sido identificado como factor predictor del mal ajuste psicológico tras el diagnóstico” (Cervera y Aubá, 2005, p. 11).

El conocimiento de una enfermedad como el cáncer condiciona en la persona una sensación de amenaza, temor, en definitiva desequilibrios a todos los niveles y por ello cada persona debe encontrar los mecanismos necesarios para poder adaptarse, ya que una vez dado el diagnóstico de cáncer a la mujer, existe un proceso en el que se distinguen tres momentos importantes:

- El impacto de la situación actual, que puede dar lugar a la negación y reacciones de ansiedad.
- El del afrontamiento, ante el que se reaccionará con miedo, rabia, ira y un estado de ánimo deprimido.
- El del proceso de adaptación, donde se producirá una disminución de las alteraciones emocionales previas y el paciente pondrá en marcha los recursos personales para disminuir el malestar psicológico (Bayo et al., 2007).

Por otra parte, Rowland (1989) citado en Bárez (2002) también apunta tres fases de duración variable, denominadas con otros conceptos:

- Fase inicial: Momento de desconcierto, sentimiento de desesperanza, negación del diagnóstico y anticipación de dolor y muerte.
- Fase intermedia: Gran malestar, respuestas como el insomnio, falta de concentración, sentimiento de preocupación por la familia y depresión por no haber realizado proyectos o actividades que de alguna manera tenía en mente y con convencimiento cree que ya es tarde y no podrá realizarlas.
- Fase de adaptación: La persona acepta la situación, se manifiesta optimista y pone en marcha mecanismos de afrontamiento, reorganizando su estilo de vida y buscando información cercana a su caso en concreto.

Tras lo expuesto anteriormente podemos observar que en el impacto de la noticia, cómo aseguran Cassels y Cobb (1976) citado en Castro, Campero y Hernández (1997) “el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés” (Castro, Campero y Hernández, 1997, p. 427).

Además, muchos son los estudios que corroboran que el optimismo es muy importante en cuanto al afrontamiento, sobre todo, en las enfermedades catalogadas como graves. En concreto, Vázquez y Castilla (2007) hablan del que se denomina “optimismo disposicional”, que no es otra cosa que la creencia general de que le van a ocurrir más cosas positivas que negativas, del mismo modo, como resultado de estudios se llega a la conclusión de que “las pacientes más optimistas presentan un mejor ajuste psicológico tras un diagnóstico de cáncer de mama” (Vázquez y Castilla, 2007, p. 390). Además estos mismos autores afirman que “es bastante consistente el hecho de que el afrontamiento orientado hacia un manejo activo del estresor en lugar de su evitación, podría facilitar el crecimiento postraumático” (Vázquez y Castilla, 2007, p. 395).

1.3.2 Tratamiento y efectos secundarios

Muchas de las mujeres afectadas consideran de vital importancia entender el tratamiento como una actividad para la que vale la pena prepararse con antelación, ya que los efectos secundarios pueden ser invasivos tanto a nivel psíquico, como físico.

Los efectos secundarios de la quimioterapia aparecen durante el tratamiento y suelen durar unos meses y desaparecer aproximadamente durante el año siguiente; los más traumáticos suelen ser la pérdida del cabello pudiendo crecer con características distintas a las originales, también puede haber alteraciones en la sexualidad tales como la desaparición del deseo y la apetencia sexual, pero más allá de esto podemos encontrarnos con sequedad en los tejidos de la vagina y la pérdida de elasticidad de la misma, mayor posibilidad de infecciones de orina, sofocos, insomnio e irritabilidad. Finalmente, como secuela más común de la radioterapia estaría la fatiga física y de la hormonoterapia, el sobrepeso.

Anteriormente se exponían los efectos secundarios de la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia, ahora se expondrán los efectos físicos (secuelas) que se pueden padecer tras una intervención quirúrgica. Si bien es cierto que los procedimientos son seguros y tienen escasas complicaciones de gravedad, no dejan de ser operaciones. Es por ello que más allá de las propias infecciones, o la frecuente sensación dolorosa en torno a la cicatriz, la secuela más temida es el linfedema crónico que se desarrolla en al menos el 20% de las pacientes que han sido sometidas a linfadenectomía axilar y no posee un tratamiento eficaz, por lo que el lidiar con el linfedema en la parte superior del brazo después de un tratamiento para el cáncer de mama es particularmente difícil para aquellas mujeres que cuentan con poco apoyo social, ya que varios estudios hacen notar que dichas mujeres tienen mayores dificultades mentales, físicas y sexuales (Bayo et al., 2007).

Si bien es cierto que las secuelas que se aprecian con mayor claridad son las secuelas físicas no podemos olvidar las secuelas psíquicas que esta enfermedad provoca. En el ámbito personal se pierde la autoestima, temen la muerte o el dolor y pueden tener depresión, ansiedad e irritabilidad; por otra parte, a nivel familiar se notará el desgaste provocado por la enfermedad pues seguramente habrá perdido el rol que desempeñaba y supondrá por tanto una “carga” adicional afectiva, informativa y psicológica sobre el resto de su familia y a nivel conyugal afectará de manera inminente en las relaciones sexuales, por miedo a ser rechazadas y si bien es cierto que existe la ayuda psicológica, el nivel de angustia que motiva la demanda de atención psicológica responde más a carencias de información que a necesidades psicológicas (Ferro y Prades, 2013).

Definitivamente, el abanico de alteraciones puede ser variado y extenso y afectará al esquema de vida que la mujer tuviese, pero todo dependerá de las habilidades que las

mujeres tengan para poder superarlas, de la fortaleza psíquica y del tipo de apoyo con el que pueda contar.

1.3.3 La autoestima

Una mujer socia de Ámate escribió: “Tengo una receta de positividad: un kilogramo de paciencia, quinientos gramos de buen humor, otros quinientos de pensamientos positivos, un cuarto de sonrisas y medio de alimentación, un cuarto más de apoyo y una pizca de salero. Obtenemos un buen postre de autoestima y satisfacción, necesaria para aderezar tanta quimio en mi cuerpo y alegrar mi corazón” (Hernández, 2015). Es por ello que no podemos pasar por alto la autoestima como factor importante en el tratamiento del cáncer de mama.

La autoestima, junto a otros como el optimismo o la inteligencia emocional, es un factor importante para el bienestar personal y pese a la creencia popular de que la autoestima sólo implica lo físico, a continuación se explican los cinco tipos de autoestima existentes.

Tabla 1: Dimensiones de la Autoestima.

1. Autoestima familiar.	Grado de satisfacción con la percepción que tiene la persona de sus relaciones familiares.
2. Autoestima social.	Percepción sobre la capacidad para crear y mantener relaciones sociales duraderas (amistad) o del presente.
3. Autoestima emocional.	Hasta qué punto es capaz de controlar sus emociones y/o se percibe como una persona emocionalmente equilibrada.
4. Autoestima intelectual.	Es la percepción del sujeto respecto de su funcionamiento intelectual en aspectos como la memoria, la capacidad de concentración o el trabajo intelectual constante.
5. Autoestima física.	Percepción que tiene la persona de su propio cuerpo en cuanto a resistencia, aceptación y salud.

Fuente: Elaboración propia basada en (Gracia, Herrero y Musitu, 2002, p. 88).

Por otra parte, la resiliencia consta de 6 factores que, según Milstein y Henderson (2003) citados en Barranco (2009), son los siguientes:

- Brindar afecto y apoyo. Estar pendiente y dedicarle tiempo para centrarse en las fortalezas y no en las debilidades.
- Establecer y transmitir expectativas elevadas. Promoviendo la colaboración pero no la competencia.
- Brindar oportunidades de participación significativa. Donde importa la escucha activa.
- Enriquecer vínculos pro-sociales. Asignar tareas importantes para que las personas se sientan apoyadas, valoradas y así incrementen su autoestima, ayudándoles a relacionarse.
- Fijar límites. Convocar afectuosamente a los miembros para que participen en la construcción de normas de conducta y procedimientos para hacerlos cumplir.
- Enseñar habilidades para la vida. Se tiene en cuenta la cooperación, estrategias de resistencia y el manejo del estrés entre otras, dependiendo de la edad.

1.3.4 La vida en el entorno social una vez superado el cáncer de mama

Según el grupo español de pacientes con cáncer “contar con una red social de apoyo permite compartir momentos, pensamientos y emociones y es fuente de bienestar y salud” (Gepac, 2013, p.57).

Las mujeres que han superado un cáncer de mama, por el estrés de la situación vivida pueden llegar a generar situaciones que antes del cáncer no sucedían. Muchas mujeres temen el rechazo social, sufren estrés, ansiedad, miedos varios y deben readaptarse a su entorno social. Aunque el cáncer es una enfermedad socialmente conocida, aún sigue siendo un tema que incomoda o del que no resulta sencillo hablar, es posible que la misma familia, la vecindad y las amistades se distancien, simplemente porque no se consideran capaces de poder servir de apoyo. Es en este momento cuando las mujeres deben saber el motivo exacto por el que su círculo se aleja y así poder comenzar la relación, aunque también es posible que la relación de amistad se haga más fuerte pues el pasar por situaciones intensas en ocasiones favorece el intercambio sincero de sentimientos, emociones o expectativas que permiten un mayor conocimiento del otro y mejora la compatibilidad que es lo que necesitan estas mujeres. En definitiva, la expectativa mayor que se tiene para las mujeres después de haber padecido un cáncer de mama es que se “reincorporen” cuanto antes y en la medida de sus posibilidades a su rutina diaria y a plantearse retos y ponerlos en marcha (Gepac, 2013).

1.4 Aproximación conceptual al Trabajo Social en Salud y la calidad de vida

En Trabajo Social debemos hacer una relación entre la profesión en cuestión y el término de calidad de vida, que según la Organización Mundial de la Salud (1994) citado en Botero y Pico (2007) se define “como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, normas y preocupaciones” (Botero y Pico, 2007, p. 11).

Por otra parte, Barranco (2008) expone que el término calidad de vida está presente en la profesión del Trabajo Social, tanto en los estudios como en las investigaciones de estos en los distintos ámbitos de intervención. El Trabajo Social en salud es uno de los campos pioneros del Trabajo Social y cuenta con un gran número de profesionales desarrollando su labor en instituciones públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro, relacionadas con la salud de la población. Los Trabajadores y Trabajadoras Sociales en salud, en general, intervienen acompañando y fortaleciendo a las personas y a las redes comunitarias, generando cambios en los espacios personales y en el entorno, que contribuyan a mejorar o eliminar los problemas psicosociales de la enfermedad y en la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad.

En la actualidad no existe un patrón universal para la evaluación de la calidad de vida, pero se puede hacer mención a Bronfenbrenner (1993) quién con su teoría sobre el modelo ecológico logra descubrir los aspectos que influyen en las personas, dividiendo esos mismos aspectos en cinco sistemas (el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema) que se describen brevemente en la tabla siguiente.

Tabla 2: Modelo ecológico de Bronfenbrenner y los cinco sistemas.

Microsistema	Tiene que ver con el contexto más inmediato donde se desarrollan las personas, ejemplo de ello serían la familia, sus vecinos/as, en definitiva su red social más cercana.
Mesosistema	Son las relaciones que existen entre los entornos, es decir, la relación entre la familia y las amistades, “El mesosistema es un sistema de microsistemas” (Bronfenbrenner, 1993, p. 40).
Exosistema	Áreas en las que las opiniones tomadas en ellas influyen en las personas, por ejemplo, la asociación de vecinos/as, o las organizaciones formales.
Macrosistema	Está relacionado con las costumbres y los valores.
Cronosistema	Se tiene en cuenta las condiciones históricas.

Fuente: Elaboración propia basada en (Bronfenbrenner, 1993).

Así el trabajador o trabajadora social

"Como integrante del equipo multidisciplinario de salud, cumple un rol mediador entre profesionales-pacientes-familiares, abriendo canales de diálogo y haciendo que el vínculo entre el personal de salud y el usuario sea horizontal; además le corresponde la coordinación intersectorial, ya sean instituciones del sector público o privado u organismos no gubernamentales, con la finalidad de incluirlos en el abordaje, optimizando la disponibilidad de recursos y generando redes de apoyo" (Vázquez, Cid de Leon y Pimentel, 2014, p. 55).

1.4.1 Apoyo Social y Redes de apoyo, herramientas para el Trabajo Social

Desde mediados de los años setenta, el concepto de apoyo social se consolida como uno de los recursos más importantes con el que contamos las personas para mejorar el bienestar, considerándose el apoyo social como instrumento tanto de prevención como de tratamiento; por tanto, podemos comprobar la importancia del concepto de apoyo social percibido porque en la percepción va incluida la evaluación que el individuo realiza de los procesos en los que se ve implicado, teniendo en cuenta que, en esencia, el apoyo social percibido es saber que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso y descansa su efecto en el grado de satisfacción que se obtiene de ese apoyo disponible,

independientemente de que se acceda finalmente o no a ellos para enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

Para explicar la asociación entre el apoyo social y la salud, se han definido dos teorías: Por una parte nos encontramos con el Efecto directo, que afirma que el apoyo social favorece la salud independientemente del grado de estrés de la persona y por otra parte, la que se conoce como el Efecto tampón o amortiguador, que postula que el apoyo social amortigua el impacto adverso de las enfermedades crónicas y para ello se formulan dos posibles hipótesis:

1. “El apoyo social permite a los individuos, que tras la exposición al estresor, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psicopatológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social” (Alonso, Menéndez y González, 2013, p. 119).

2. “El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella. Hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción global que el apoyo social ejerce sobre la salud” (Alonso, Menéndez y González, 2013, p. 119).

Según Barrera (1986) citado en Castro et al. (1997) el apoyo social consta de tres dimensiones:

- a) Grado de integración social: El análisis de las redes sociales.
- b) Apoyo social percibido: La confianza de saber que tendrá apoyo social si la persona lo necesitase.
- c) Apoyo social previsto: Acciones que otros realizan para dotar de asistencia a una persona concreta.

Por otra parte, House y col (1992) citado en Castro et al. (1997) señalan que el concepto de apoyo social está conformado por los elementos estructurales que serían:

- El grado de integración/aislamiento, donde se encuentra la existencia y la cantidad de relaciones sociales.
- Las propiedades estructurales, donde se incluye entre otras la densidad, reciprocidad y otras, caracterizando el conjunto de relaciones sociales.

Tras esto añade que:

“Los tres procesos identificativos son:

- a) El control social: la calidad reguladora y/o controladora de las redes sociales.
- b) Las demandas y conflictos relacionales, que se refieren a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social.
- c) El apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales” (Castro et al., 1997, p. 247).

Tras lo expuesto, cabe decir que, el apoyo social se divide en dos dimensiones, por una parte el apoyo estructural o cuantitativo y por otra parte el apoyo funcional o cualitativo:

Según Alonso et al. (2013) el apoyo social estructural, más conocido como red social, se refiere a la cantidad de relaciones sociales o el número de personas a las que puede recurrir el individuo y la interconexión entre estas redes para ayudarle a resolver los problemas que le surjan, además, la red social de cada persona tendrá unas características diferentes en cuando a composición, densidad, parentesco, tamaño, etc. y dependiendo de las misma podrán solventarse unas necesidades u otras.

Además, se debe tener en cuenta la importancia de las características estructurales de la red social (tamaño de la red, porcentaje de familiares, densidad de la red, etcétera) para poder comprender el contexto interpersonal en el que el apoyo social tiene lugar, pues si bien es cierto que las redes sociales amplias tienen un potencial mayor para proporcionar apoyo, no es menos cierto que también puede implicar mayores demandas, presiones y responsabilidades (Gracia et al., 2002).

El apoyo social funcional está relacionado con la percepción subjetiva de la persona en cuanto a disponibilidad de los demás hacia ellas y la percepción de ser querido o tener la sensación de pertenencia a esa red. Según Alonso et al. (2013) este tipo de apoyo está conformado por cinco componentes distintos, aunque no todos los autores están de acuerdo en esto. Las dimensiones son las siguientes:

Tabla 3: Dimensiones del apoyo social funcional.

Apoyo emocional	Se refiere al área afectiva incluyendo cuestiones como compartir los sentimientos, experiencias, confianza e intimidad, desarrollando un papel muy importante en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar.
Apoyo informativo	Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que éstas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.
Apoyo instrumental	Es ofrecido cuando se presta ayuda material directa o servicios reduciendo la sobrecarga de las tareas.
Apoyo afectivo	Son las expresiones de afecto y amor ofrecidas por los más cercanos.
Interacción social positiva	Disponibilidad.

Fuente: Elaboración propia basada en (Alonso et al., 2013, p. 119) y (Gracia et al., 2002, pp. 92-93).

A continuación, contemplaremos el apoyo social distinguiendo dos vías: el que se proporciona a través del sistema informal y el que se proporciona a través del sistema formal:

El apoyo a través del sistema informal: Las redes de apoyo informales incluyen a miembros de la familia, amistades, la comunidad vecinal, voluntariado, grupos de ayuda, personas que hace poco tiempo que conoces pero se ha creado un vínculo, en definitiva, “configuran un sistema ecológico de ayuda cotidiana en el que las personas desempeñan roles complementarios o interrelacionados, ayudándose mutuamente, proporcionando apoyo o realizando diversas actividades en el vecindario o comunidad” (Lila y Gracia, 1996, p. 2). Cabe destacar que los grupos de autoayuda o grupos de ayuda mutua, “constituyen uno de los más recientes recursos de apoyo social desarrollados para hacer frente a las secuelas psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad grave y crónica como es el cáncer” (Durán y Hernández, 2003, p. 21).

Por otra parte, como se ha comentado en párrafos anteriores, las redes de apoyo informales son necesarias y como ejemplo podemos destacar lo que afirma Barra (2004, p. 237) que “desde una perspectiva biopsicosocial de la salud, se considera que la disponibilidad de relaciones sociales cercanas es un recursos básico para afrontar los problemas de salud” y añade que si bien es cierto que el apoyo social como tal, podría agruparse en tres tipos principales como son:

- a) La función emocional en la que se tiene en cuenta los aspectos relacionados con el cuidado y la intimidad.
- b) La informativa, que se basa en la posibilidad de recibir consejos y orientación.
- c) La instrumental que implica la disponibilidad que se tiene de ayuda directa bien sea en forma de servicios o de recursos.

No es menos cierto, que el apoyo de tipo emocional se considera el más importante particularmente en el cáncer.

Por otra parte, este mismo autor considera que el apoyo social es un recurso importante para afrontar la enfermedad y que la búsqueda de ese apoyo se convierte en un patrón clave de afrontamiento que llega a disminuir la ansiedad, pues “el apoyo emocional de familiares y amigos puede contribuir significativamente al ajuste y se ha asociado con una mayor supervivencia” (Barra, 2004, p. 204).

El apoyo a través del sistema formal incluye a las organizaciones, centros, etcétera, es decir, instituciones creadas específicamente para proporcionar ayuda (Gracia et al., 2002). A continuación se expondrán los recursos que en este caso La Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama de Tenerife (Ámate) ofrece a las personas con cáncer de mama y sus familiares.

Tabla 4: Recursos de apoyo social que ofrece Ámate.

Recursos humanos	Ayuda concreta (apoyo psicológico y material)
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores/as sociales. • Psicólogas. • Fisioterapeutas oncológicas. • Abogado. • Voluntariado cualificado. • Mujeres que han pasado por un cáncer de mama y lo han superado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo psicosocial. • Terapia con la psicóloga. • Masaje “drenaje linfático”. • Prevención. • Visitas hospitalarias. • Voluntariado testimonial. • Acompañamiento hospitalario y extra-hospitalario. • Donación de pelucas y prótesis mamarias. • Servicios para familiares.

Fuente: Elaboración propia basada en (Ámate, 2010).

Por otra parte, cabe destacar que Ámate cuenta con el voluntariado, que se ha convertido en parte fundamental de cualquier entidad, dado que es el que de un modo u otro colabora en las diferentes áreas ofreciendo su tiempo, dedicación y sin ninguna ganancia económica en las actividades propuestas y en el día a día de estas asociaciones, apoyando la causa que las mismas defienden, en este caso concreto, el cáncer de mama. También es cierto que en el caso de Ámate, podemos encontrar el tipo de voluntariado cualificado que se nombra en el cuadro anterior, que no es otro que personas voluntarias que tienen un título académico en Psicología y les gustaría colaborar con su conocimiento y por ende se les da la oportunidad de poder acudir a los hospitales, que es una actividad que realiza el área de “de mujer a mujer” perteneciente a Ámate en la que como profesionales (no remunerados/as) tienen contacto con las mujeres que se encuentran hospitalizadas y son los y las encargados/as de rellenar en la visita un parte en el que se redacta la situación de tipo emocional (cómo se encuentra la paciente) , sanitario (qué será lo siguiente que le van a hacer a la paciente o que medicación se les ha suministrado, etc.) y finalmente las redes cercanas (si está o no acompañada), además de entablar una conversación y servir de ayuda para lo que necesite la paciente, aunque se ha de añadir que las mujeres que han pasado por un cáncer de mama y lo han superado, también pueden hacer estas visitas tanto hospitalarias como extra-hospitalarias (González, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Investigar acerca del apoyo social percibido por las mujeres que han padecido cáncer de mama en los últimos dos años en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y que están asociadas en Ámate.

2.2 Objetivos específicos

1. Analizar el apoyo social comunitario percibido por las mujeres con cáncer de mama de la provincia de Santa Cruz de Tenerife que han sido atendidas por Ámate.
2. Comprobar el apoyo social comunitario en los sistemas formales e informales por las mujeres de cáncer de mama de la provincia de Santa Cruz de Tenerife que han sido atendidas por Ámate.
3. Analizar el apoyo recibido de la red primaria de las mujeres.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

La muestra escogida para esta investigación ha sido intencional y cuenta con un total de 77 mujeres que han sido atendidas por la Asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife, con edades comprendidas entre los 23 y los 83 años, con una media de edad de 59 años, residentes en las cuatro islas que conforman la provincia de Santa Cruz de Tenerife (La Palma, La Gomera, El Hierro y Tenerife), que han sido diagnosticadas de cáncer de mama en los últimos dos años, es decir en el período (2013-2014).

Tabla 5: Muestra escogida para la investigación.

EDAD	TENERIFE	LA PALMA	LA GOMERA	EL HIERRO	TOTAL POR EDAD
Menores de 20	0	0	0	0	0
20-29	1	0	0	0	1
30-39	3	0	0	0	3
40-49	10	3	0	2	15
50-59	14	6	0	0	20
60-69	18	2	2	0	22
70-79	8	2	1	0	11
Mayores de 79	3	2	0	0	5
TOTAL por isla	57	15	3	2	77

3.2 Instrumento

Teniendo en cuenta la finalidad de esta investigación, de conocer el apoyo social percibido por las mujeres con cáncer de mama de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, provenientes tanto de sus comunidades como de los sistemas formales e informales, se utilizó un cuestionario formado por dos escalas de evaluación que llevan por título “escala de apoyo social comunitario” y “escala de apoyo social percibido” creados por Gracia, Herrero y Musitu (2002), que se adjunta como anexo y que se describen a continuación.

1. La escala de apoyo social comunitario consta de 25 ítems, divididos en 3 escalas, que proporcionan diferentes tipos de información. La primera escala nos permite conocer el grado de participación e integración comunitaria de la persona y la satisfacción con las mismas. La segunda escala sirve para medir la percepción del apoyo de los recursos informales y la tercera escala mide la percepción del apoyo social que les

proporcionan los sistemas formales, ayudándonos así a conocer el grado de confianza que tienen las personas en las instituciones que se han creado con el objetivo específico de ayuda. La fiabilidad de las escalas de este cuestionario, medida con el coeficiente Alpha de Cronbach, es la siguiente: $\alpha = 0,879$ en la escala 1; $\alpha = 0,586$ en la escala 2; y $\alpha = 0,845$ en la escala 3. Sin embargo, en este estudio la fiabilidad ha variado como vemos a continuación: $\alpha = 0,764$ en la escala 1; $\alpha = 0,903$ en la escala 2; y $\alpha = 0,798$ en la escala 3.

2. La escala de apoyo social percibido consta de 9 preguntas que nos permiten obtener información con respecto a tres dimensiones. Antes de responder a esas preguntas, se puede comprobar el número de relaciones relevantes para la persona, o lo que es lo mismo, el tamaño de su red social. Tras esto se ha de responder a las 6 preguntas que tiene que ver con tres funciones del apoyo social percibido que son el emocional, el consejo y la ayuda. Una vez respondidas estas preguntas se da respuesta a las otras 3 restantes que permiten saber la reciprocidad percibida para cada una de las funciones anteriormente nombradas y de este modo se constata el grado de equilibrio en las relaciones. La fiabilidad de esta escala es $\alpha = 0,991$ y en nuestra investigación en concreto es $\alpha = 0,903$, por tanto, esta escala también se considera fiable.

3.3 Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos comienza cuando Ámate proporciona los datos de contactos necesarios, siendo la fecha de inicio el día 19 de marzo y concluyendo el 29 de mayo. Una vez puestos en contacto con las mujeres, se les convoca en la oficina de voluntariado de Ámate los jueves y viernes de cada semana para la realización del cuestionario, ofreciendo a su vez la posibilidad de rellenarlo por teléfono o vía e-mail si no pudiesen desplazarse.

A la hora de completar los cuestionarios (además de las mujeres a las que se les atendió vía telefónica) las mujeres que se citaron en La Palma y las mujeres de Tenerife con edades comprendidas entre los 65 y 83 años pidieron que se les leyese el cuestionario y se le rellenase en base a sus respuestas, para mayor facilidad y rapidez. El resto de las mujeres que lo rellenaron presencialmente lo hicieron ellas mismas, preguntando las dudas. Evidentemente, antes de proporcionarles el cuestionario, se les explicaba el cometido de la investigación, el anonimato de las respuestas y las indicaciones necesarias para poder comprender el funcionamiento del cuestionario.

Una vez finalizado el proceso de cumplimentación de los cuestionarios, estos fueron codificados, para posteriormente ser volcados en el programa “SPSS” donde se hicieron los análisis que se presentan en el capítulo siguiente.

4. RESULTADOS

A continuación se exponen los datos que hemos obtenido de la respuesta de las mujeres encuestadas para conocer el apoyo social percibido.

En primer lugar, se presentan las características socio-ambientales de las mujeres. A continuación hemos dividido los resultados obtenidos en tres partes que coinciden con los tres objetivos específicos de este trabajo: la primera parte, recoge el apoyo social comunitario percibido, la segunda parte se compone de los resultados acerca del apoyo social comunitario de los sistemas formales e informales y por último, el apoyo recibido de la red primaria de las mujeres.

4.1 Características socioambientales de las mujeres

Tabla 6: Mujeres según su edad.

	Estadísticos
N	Válidos 77
Media	59,31
Desv. típ.	12,485
Mínimo	23
Máximo	83

La edad media de las mujeres es de 59,31 años, oscilando las edades entre los 23 y los 83 años.

Tabla 7: Mujeres según su lugar de residencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tenerife	57	74,0	74,0
La Palma	15	19,5	93,5
La Gomera	3	3,9	97,4
El Hierro	2	2,6	100,0
Total	77	100,0	

El 74% de las mujeres reside en Tenerife, el 19,5% de ellas reside en La Palma, el 3,9% reside en La Gomera y el 2,6% reside en El Hierro.

Tabla 8: Número de personas con las que conviven las mujeres.

N	Válidos	77
Media		1,31
Desv. típ.		1,055
Mínimo		0
Máximo		6

Tabla 9: Número de personas con las que conviven las mujeres.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	15	19,5	19,5
1	34	44,2	63,6
2	22	28,6	92,2
3	3	3,9	96,1
4	2	2,6	98,7
6	1	1,3	100,0
Total	77	100,0	

Las mujeres conviven en un 44,2% con una sola persona, en un 28,6% con dos personas y en un 19,5% viven solas. Al menos un 1,3% de las mujeres conviven con seis personas.

Tabla 10: Percepción de las mujeres acerca de la persona que más le apoya en su convivencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Padre	1	1,3	1,6
Madre	4	5,2	6,3
Pareja	27	35,1	42,9
Hijo	11	14,3	17,5
Hija	14	18,2	22,2
Hermana	3	3,9	4,8
Otros	3	3,9	4,8
Total	63	81,8	100,0
Perdidos	Sistema	14	18,2
Total		77	100,0

Un 35,1% de las mujeres afirma que dentro de las personas con las que convive su mayor apoyo es su pareja, un 18,2% asegura que su máximo apoyo es su hija y un 14,3% se siente más apoyada por su hijo.

Tabla 11: Satisfacción de las mujeres sobre el apoyo social recibido.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	67	87,0	87,0
No	10	13,0	100,0
Total	77	100,0	

El 87% de las mujeres encuestadas se sienten satisfechas con el apoyo social recibido, frente un 13% que afirman no estar satisfecha con el mismo.

Tabla 12: Datos a tener en cuenta en los resultados obtenidos sobre el número de personas de las que se compone la red de apoyo de las mujeres encuestadas.

N	77
Media	2,51
Desv. típ.	1,561
Mínimo	0
Máximo	6

Las mujeres, tienen una red de apoyo que se compone de 2,51 persona de media, siendo el mínimo 0 y el máximo 6.

Tabla 13: Número de personas que componen la red de apoyo de las mujeres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	3	3,9	3,9
1	23	29,9	33,8
2	17	22,1	55,8
3	13	16,9	72,7
4	12	15,6	88,3
5	5	6,5	94,8
6	4	5,2	100,0
Total	77	100,0	

El 29,9% afirman que su red de apoyo se compone de una persona, por su parte, el 22,1% posee una red de apoyo compuesta por dos personas, el 16,9% dice que su red de apoyo está formada por tres personas y al menos un 15,16% tiene una red de apoyo que consta de cuatro personas. Un total de un 11,7% de las mujeres tiene una red de apoyo compuesta por 5 personas o más. El 3,9% de ellas afirman no contar con red de apoyo.

4.2 Resultados sobre el apoyo social percibido por las mujeres

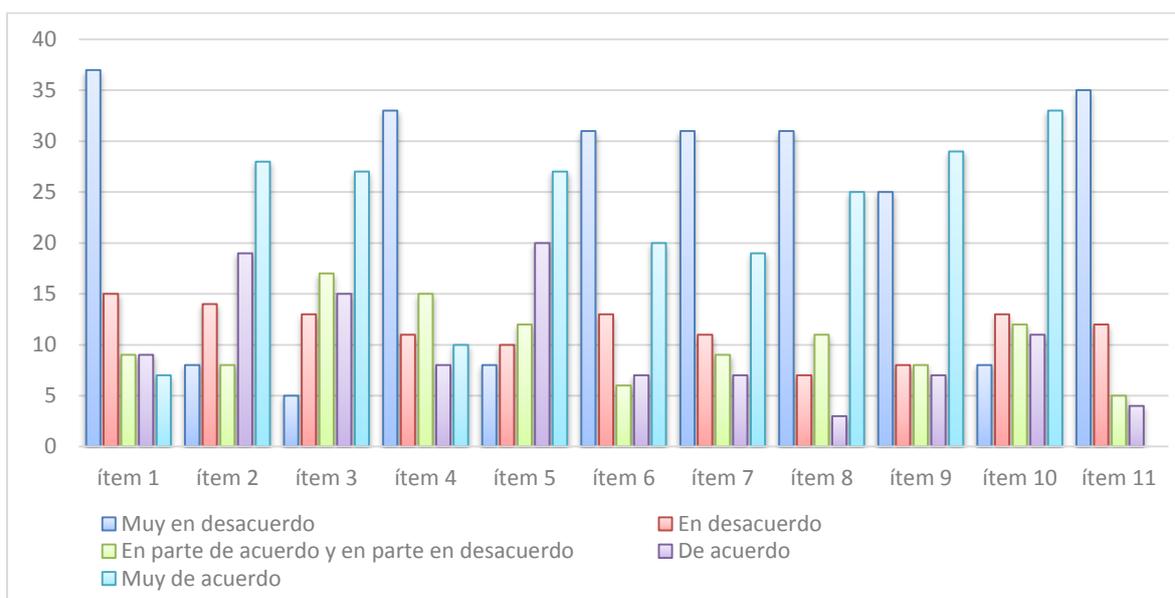
4.2.1 Resultados sobre el apoyo social comunitario percibido por las mujeres

En este apartado se exponen los datos que tienen que ver con el apoyo social comunitario, apoyándonos en la interacción de las mujeres con su barrio.

Tabla 14: Respuestas de las mujeres sobre el apoyo social comunitario percibido.

Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1. Siento el barrio como algo mío	77	1	5	3,62	1,358
2. Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad	77	1	5	3,62	1,442
3. Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o mi comunidad	77	1	5	3,60	1,300
4. Me siento identificada con mi comunidad/barrio	77	1	5	3,58	1,408
5. No participo en las reivindicaciones sociales que se llevan a cabo en mi barrio o comunidad	77	1	5	3,09	1,741
6. Participo en algún grupo social o cívico	77	1	5	2,79	1,742
7. Participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad	77	1	5	2,64	1,654
8. Colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi comunidad	77	1	5	2,64	1,677
9. No participo en las actividades socio recreativas de mi comunidad	77	1	5	2,53	1,714
10. Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy yo	77	1	5	2,36	1,450
11. Me encuentro a disgusto dentro de mi barrio o comunidad	77	1	5	2,14	1,374
N válido (según lista)	77				

Gráfica 4: Respuestas de las mujeres sobre el apoyo social comunitario percibido.



En primer lugar, respecto al ítem “me siento identificada con mi comunidad/barrio”, en una escala de 1 a 5 (siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo), la media es de 3,58. En segundo lugar, cuando las mujeres respondieron al ítem “mis opiniones son bien recibida en mi barrio o comunidad”, en la misma escala, la media es de 3,62. En el ítem “muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy yo”, la respuesta media es de 2,36. En el ítem “siento el barrio como algo mío” la media es de 3,62 dentro de la escala. Para continuar, en el ítem “colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi comunidad” ha resultado una media de 2,64. Acerca de “participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad” la respuesta media dentro de la escala ha sido de 2,64. En el ítem “participo en algún grupo social o cívico”, en la escala de 1 a 5, la media es de 2,79. Por último, en el ítem “acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad” la media obtenida es de 3,62 dentro de dicha escala.

4.2.2 El apoyo social comunitario en los sistemas tanto formales e informales percibido por las mujeres

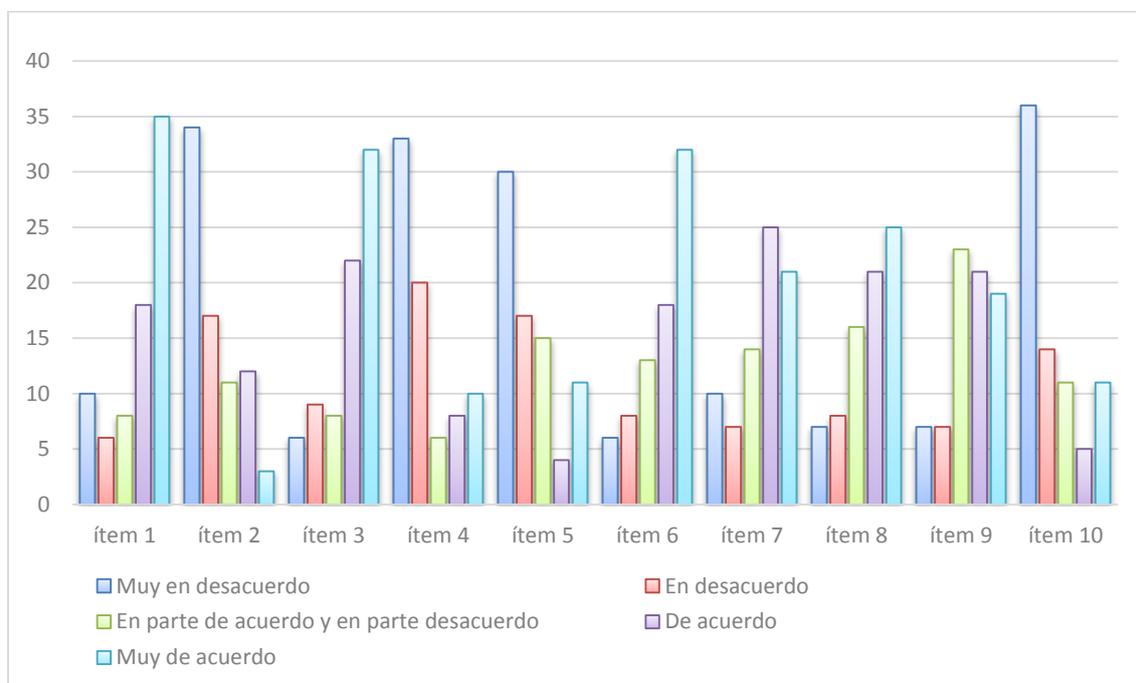
En este apartado se presenta el apoyo social de parte de los sistemas informales y de los formales, de las mujeres encuestadas.

a) Sistemas informales.

Tabla 15: Opinión de las mujeres sobre la asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife (Ámate).

Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1. Podría encontrar personas que me ayudarían a sentirme mejor	77	1	5	3,84	1,298
2. Encontraría alguien que me escuche cuando estoy decaída	77	1	5	3,81	1,298
3. Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas	77	1	5	3,81	1,424
4. Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo	77	1	5	3,64	1,287
5. Encontraría una fuente de satisfacción para mí	77	1	5	3,52	1,334
6. Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos	77	1	5	3,49	1,221
7. No podría compartir mis problemas	77	1	5	2,34	1,411
8. No pediría consejo	77	1	5	2,25	1,434
9. No solicitaría ayuda	77	1	5	2,23	1,459
10. No encontraría comprensión y apoyo	77	1	5	2,13	1,250
N válido (según lista)	77				

Gráfica 5: Opinión de las mujeres sobre la asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife (Ámate).



Debemos tener en cuenta que cuando hemos preguntado a las mujeres acerca de si podrían encontrar personas que le ayudaran a sentirse mejor, personas que les escucharan cuando

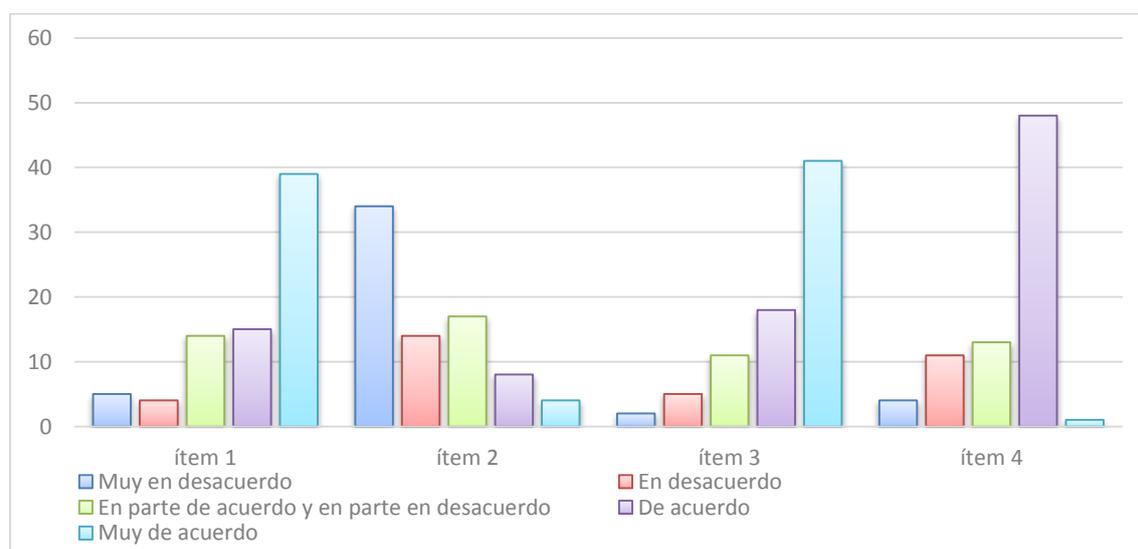
están decaídas o personas que le ayudaran a resolver sus problemas, en una escala de 1 a 5 (siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo), la media ha sido en su totalidad superior a 3,80. Por otro lado, en los ítems “lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo”, “encontraría una fuente de satisfacción para mí” y “me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos”, en la misma escala, la media ha sido superior a 3. Para continuar, en los ítems “no podría compartir mis problemas”, “no pediría consejo”, “no solicitaría ayuda” y “no encontraría comprensión y apoyo”, la media es inferior a 3 en todos ellos.

b) Sistemas formales.

Tabla 16: Percepción de las mujeres sobre el apoyo recibido por parte de los servicios que la comunidad pone a su disposición.

Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.
					típ.
1. En caso de necesidad acudiría a estas organizaciones	77	2	6	4,40	,936
2. Estas organizaciones y servicios son una importante fuente de apoyo	77	1	5	4,18	1,073
3. Si tuviera problemas (personales, familiares, etc.), podría encontrar personas en estas organizaciones que me ayudarían a resolverlos	77	1	5	4,03	1,224
4. Estos servicios no me inspiran la suficiente confianza	77	1	5	2,14	1,243
N válido (según lista)	77				

Gráfica 6: Percepción de las mujeres sobre el apoyo recibido por parte de los servicios institucionales.



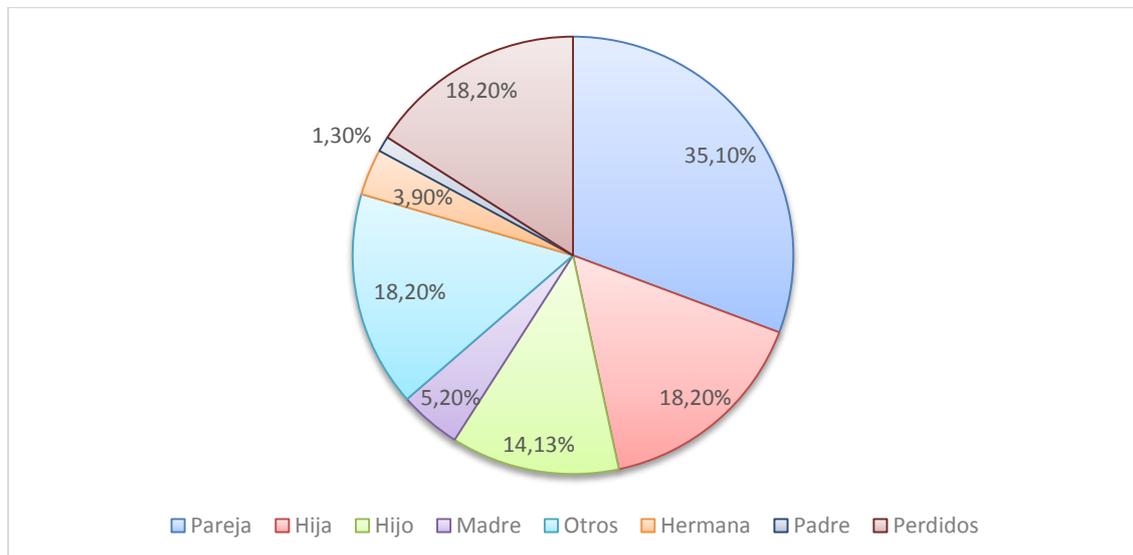
En una escala del 1 al 5 (siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo), en el ítem “Si tuviera problemas (personales, familiares, etc.), podría encontrar personas en estas organizaciones que me ayudarían a resolverlos”, la media obtenida es de 4,03. En el ítem “estos servicios no me inspiran la suficiente confianza”, en la misma escala, ha resultado una media de 2,14. Seguidamente, en el ítem “estas organizaciones y servicios son un importante fuente de apoyo”, la media es de 4,18. Por último, en el ítem “en caso de necesidad acudiría a estas organizaciones”, hemos obtenido una media de 4,40.

4.2.3 Resultados sobre el apoyo social recibido de la red primaria de las mujeres

Tabla 17: Personas que proporcionan más apoyo a las mujeres según el orden de preferencia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Pareja	27	35,1
	Hija	14	18,2
	Hijo	11	14,13
	Madre	4	5,2
	Otros	3	3,9
	Hermana	3	3,9
	Padre	1	1,3
	Total	63	81,8
Perdidos	Sistema	14	18,2
Total		77	100,0

Gráfica 7: Personas que proporcionan más apoyo a las mujeres según el orden de preferencia.

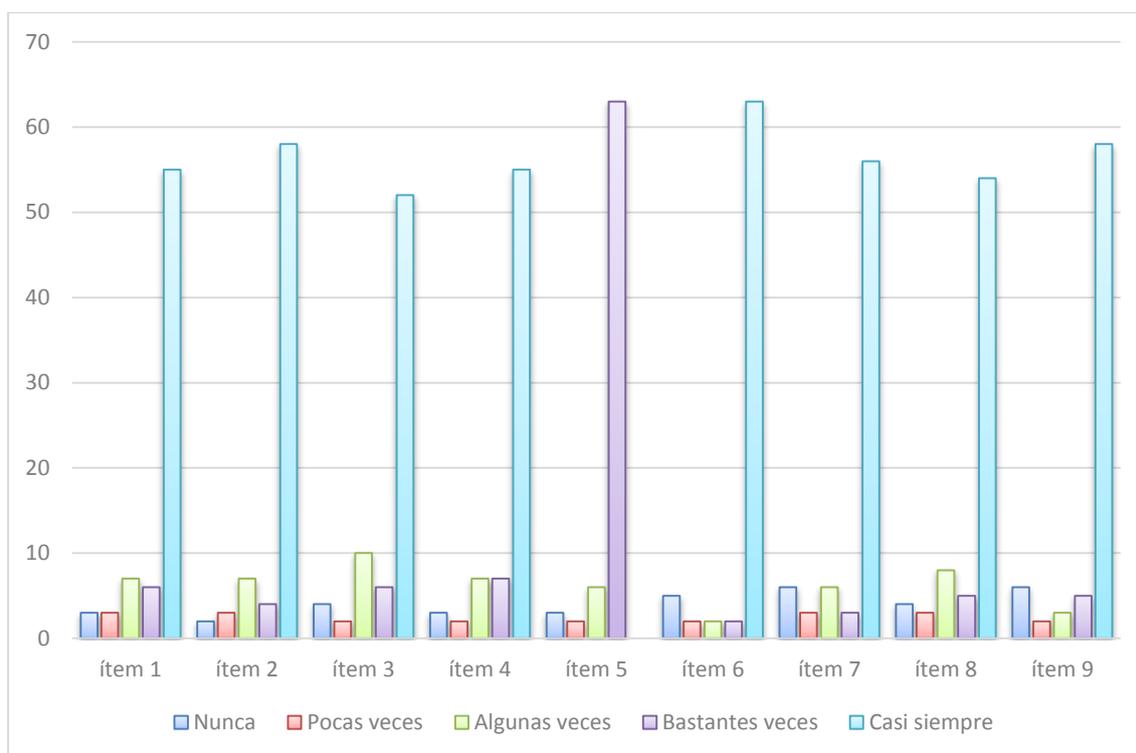


Las mujeres encuestadas afirman que la persona de la que reciben mayor apoyo es de su pareja en un 35,1%, seguida de su hija en un 18,2%. Eligen también como persona que más le apoya a su hijo en un 14,13%. Le siguen su madre y otros (con un 5,2% y 3,9% respectivamente).

Tabla 18: Relación de las mujeres con la primera persona que le proporciona apoyo dentro de su red social primaria.

Ítems	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1. Si estuviera usted enferma o necesitara que le llevaran al médico, ¿En qué medida la persona1 le ayudaría?	74	1	5	4,70	,872
2. Si usted necesita dinero o que le cuidaran la casa o los hijos, ¿En qué medida le ayudaría la persona1?	74	1	5	4,57	1,136
3. Si se encontrara usted deprimida o tuviera problemas personales, ¿En qué medida le ayudaría la persona1?	74	1	5	4,53	1,010
4. ¿En qué medida le serviría la persona1 de ayuda si usted necesitara consejo o una sugerencia útil para resolver un problema?	74	1	5	4,47	1,050
5. Si la persona1 se encontrara enferma, necesitara dinero, que le llevaran a algún sitio, cuidaran de su casa o niños, ¿Acudiría a usted?	74	1	5	4,45	1,218
6. ¿En qué medida usted podría compartir y expresar libremente sus sentimientos con la persona1?	74	1	5	4,45	1,087
7. Si la persona1 necesitara consejo, resolver algún problema o tomar alguna decisión importante, ¿Acudiría a usted?	74	1	5	4,38	1,167
8. ¿Hasta qué punto le serviría de ayuda la persona1 si tuviera usted que tomar una decisión importante?	74	1	5	4,35	1,152
9. Si la persona1 se encontrara preocupada, deprimida, tuviera problemas personales o familiares ¿Acudiría a usted?	74	1	5	4,35	1,276
N válido (según lista)	74				

Gráfica 8: Relación de las mujeres con la primera persona que le proporciona apoyo dentro de su red social primaria.



En los ítems acerca de la relación que las mujeres encuestadas poseen con la que afirman es la persona en la que más se apoyan, en una escala del 1 al 5 (siendo 1 nunca y 5 casi siempre) hemos obtenido en la totalidad de las respuestas una media superior o igual a 4,35.

Además, en el análisis de ANOVA de un factor se encontró que había diferencias significativas entre las mujeres que están satisfechas con el apoyo recibido y las que no lo están en cuatro ítems: Ítem 8 (Si esta persona necesitara consejo, resolver algún problema o tomar alguna decisión importante ¿Acudiría a usted?), $F(1, 72) = 8,721, \rho \leq 0,004$; Ítem 4 (¿En qué medida le serviría esta persona de ayuda si usted necesitara consejo o una sugerencia útil para resolver un problema?), $F(1, 72) = 11,340, \rho \leq 0,001$; Ítem 1 (¿En qué medida usted podría compartir y expresar libremente sus sentimientos con esta persona?), $F(1, 72) = 31,089, \rho \leq 0,000$; Ítem 5 (Si estuviera usted enferma o necesitara que la llevaran al médico ¿En qué medida esta persona le ayudaría?), $F(1, 72) = 9,523, \rho \leq 0,003$.

5. DISCUSIÓN

Una vez expuestos los datos, nos adentraremos en el análisis de los mismos procurando relacionarlos con la revisión teórica.

En primer lugar, analizamos las características socioambientales de las mujeres encuestadas acerca del apoyo social percibido por las mismas.

Es importante comenzar destacando que las personas encuestadas son en su totalidad mujeres, ya que en la asociación de cáncer de mama de Tenerife (Ámate en adelante), son ellas la mayor parte de las afectadas, en relación con Santaballa (2015) que afirma que el cáncer de mama afecta en un 99% a mujeres frente a un 1% de hombres.

Por otra parte, la población encuestada tiene una media de edad de 59,31 años, con edades comprendidas entre los 23 y los 83 años de edad. Respecto a esto, SEOM (2012) citado en Ámate (2014) confirma que el pico máximo de los diagnósticos de cáncer de mama se sitúa entre los 45 y los 65 años, coincidiendo esto con los datos que hemos obtenido.

En cuanto a la residencia de las mujeres encuestadas, la mayor parte de ellas (74%) residen en Tenerife, si bien es cierto que un (19,5%) tienen su residencia en La Palma, un (3,9%) en La Gomera y un (2,6%) reside en El Hierro. Esto se debe a que en las islas periféricas no existen recursos específicos de cáncer de mama, es por ello que la asociación amplía su alcance a las afectadas que residen en estas otras islas.

Además, cuando le preguntamos a las mujeres acerca del número de personas con las que conviven, afirman en un 44,2% que viven con una sola persona, en un 28,6% con dos personas y al menos un 19,5% viven solas. Si tenemos en cuenta que Alonso et al. (2013) afirman que la cantidad de relaciones sociales o el número de personas a las que puede recurrir la persona facilita la ayuda de los problemas que le surgen, las mujeres encuestadas que dijeron vivir solas, presentarán una vulnerabilidad mayor en este aspecto.

Con relación a lo anterior, el 35,1% de las mujeres encuestadas afirma que su mayor apoyo es su pareja, un 18,2% se apoya principalmente en su hija, un 14,3% en su hijo, un 6,5% se apoya en su padre o madre, un 3,9% en su hermana y otro 3,9% en otras personas. Asimismo, el 29,9% afirma que su red de apoyo se compone de una persona, mientras que, el 22,1% posee una red de apoyo compuesta por dos personas, el 16,9% indica que su red de apoyo está formada por tres personas y al menos un 15,16% tiene una red de

apoyo que consta de cuatro personas. Un 11,7% de las mujeres tiene una red de apoyo compuesta por 5 personas o más. Por último, el 3,9% afirma no contar con red de apoyo.

De este modo podemos observar que los apoyos principales de las mujeres afectadas son muy variados, algo a resaltar, si nos basamos en Alonso (2013) que afirma que la red social de cada persona tendrá unas características diferentes en cuanto a composición, densidad, parentesco, etc. y que dependiendo de estas variables se podrán solventar unas necesidades u otras.

Por otro lado, es relevante que el 87% de las mujeres encuestadas afirman sentirse satisfechas con el apoyo social recibido. Este apoyo que perciben ayuda a que las mujeres puedan compartir momentos, pensamientos y emociones, siendo fuente de bienestar y salud, según Gepak (2013). Además, Gracia et al. (2002) añaden que el apoyo social percibido, en esencia, es saber que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso y descansa su efecto en el grado de satisfacción que se obtiene de ese apoyo disponible, independientemente de que se acceda finalmente o no a ellos para enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles.

A continuación, analizamos el apoyo social comunitario percibido por las mujeres.

Cuando preguntamos acerca de si se sentían identificadas con su comunidad o barrio, si sentían que sus opiniones eran bien recibidas en el mismo, si sentían también el barrio como algo propio o si acudían a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de ésta, la media de todas estas cuestiones es superior o igual a 3,58 en una escala de 1 a 5 (donde 1 es muy en desacuerdo y 5 es muy de acuerdo). En cambio, la media no es superior a 3 cuando les preguntamos si colaboraban o participaban en las actividades sociales u organizaciones de su barrio o si pertenecen a algún grupo social o cívico.

Podemos suponer, observando estos datos obtenidos, que aunque las mujeres afirman sentirse cómodas y aceptadas dentro de su barrio o comunidad, no dan el paso a participar o formar parte de las actividades y organizaciones que este les ofrece.

Consideramos importante conocer la relación de las mujeres encuestadas con su barrio o comunidad, ya que las redes de apoyo informales, no sólo hacen referencia a los miembros de la familia o amistades, sino que también incluyen a la comunidad vecinal o incluso a aquellas personas que conocemos hace poco tiempo, pero con las que poseemos un vínculo; pues el conjunto de todas ellas “configuran un sistema ecológico de ayuda

cotidiana en el que las personas desempeñan roles complementarios o interrelacionados, ayudándose mutuamente, proporcionando apoyo o realizando diversas actividades en el vecindario o comunidad” (Lila y Gracia, 1996, p. 2).

En las siguientes líneas analizaremos el apoyo social comunitario tanto en sistemas formales como informales que perciben las mujeres.

En primer lugar, en cuanto a los sistemas informales, hemos preguntado a las mujeres acerca de si podrían encontrar personas que les ayudaran a sentirse mejor, que las escucharan cuando están decaídas o que les tendieran una mano para resolver sus problemas, resultando una media igual o superior a 3,80 en una escala de 1 a 5 (siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo) además, frente a las afirmaciones de que no podrían compartir sus problemas, no pedirían consejo, no solicitarían ayuda o no encontrarían comprensión y apoyo en estas redes informales, la media es inferior a 3 en la misma escala citada anteriormente. Por todo, ello podemos afirmar que la mayoría de las mujeres encuestadas consideran positivos, necesarios y útiles el apoyo que emana de estas redes.

Barra (2004) ya tenía en cuenta estas redes de apoyo informales, considerándolas desde una perspectiva biopsicosocial, un recurso básico para afrontar los problemas de salud.

Por otro lado analizando los sistemas de apoyo social formal, la media de mujeres que si tuviera un problema podría encontrar ayuda en estas organizaciones es de 4,03 en una escala de 1 a 5 (siendo 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo). Cuando afirmamos que estos servicios no inspiran suficiente confianza, en la misma escala la media es de 2,14. Por último, la media es superior o igual a 4,18 en la escala citada anteriormente cuando se les cuestiona sobre la importancia de estas organizaciones o la posibilidad de acudir si así lo necesitara.

Si observamos estos datos, podemos afirmar que la mayor parte de las mujeres encuestadas tienen una percepción positiva acerca del apoyo formal y que además no tendrían ningún problema en acudir a estas organizaciones si lo necesitasen.

En cuanto a lo anterior, el apoyo a través del sistema formal: incluye a las organizaciones, centros, etcétera, es decir, instituciones creadas específicamente para proporcionar ayuda (Gracia, et al. 2002). Basándonos en este autor es muy importante destacar que la totalidad

de las mujeres encuestadas cuentan con apoyo formal, ya que Ámate les ofrece diversos recursos de este tipo tales como las sesiones con la fisioterapeuta o las psicológicas.

Por último, abordamos el análisis del apoyo social recibido por parte de la red primaria que poseen las mujeres.

Para las mujeres, la persona en la que más se apoyarían ante cualquier dificultad, derivada o no de su enfermedad, sería en su pareja en un 35,1%, seguida de su hija en un 18,2% , su hijo en un 14,13%, su madre en un 5,2% y su hermana en un 3,9%. El 3,9% restante acudiría a otra persona. En este sentido, podemos afirmar, por un lado, que la mayoría de las afectadas recurrirían en primer lugar a una persona de su familia, especialmente a su pareja y es muy sorprendente también que la mayoría de ellas prefieren apoyarse en otras mujeres, representando estas un 27,3% del total, frente a un 15,43% representado por hombres.

Respecto a lo anterior, en una escala del 1 al 5 (donde 1 es nunca y 5 casi siempre), la media es igual o superior a 4,35 cuando les preguntamos si acudirían a las personas de su red social primaria para problemas de salud, de dinero, de cuidado de hijos/as o del hogar, problemas personales, sentimentales, necesidad de consejo o ayuda en la toma de decisiones.

Aunque hemos visto a lo largo de todo el análisis que están presente y son muy importantes el apoyo social comunitario, formal e informal, para el bienestar y la salud de las mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama en los últimos dos años en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, estas mujeres necesitan aún así el apoyo de su red primaria en el desarrollo de su vida diaria, destacando el apoyo emocional y la protección que sus familias y personas más allegadas les proporcionan.

Las redes primarias de apoyo son necesarias, pues cubren los aspectos relacionados con la función emocional en la que se tiene en cuenta los aspectos relacionados con el cuidado y la intimidad, la posibilidad de recibir consejos y orientación y además implica la disponibilidad que se tiene de ayuda directa según Barra (2004).

6. CONCLUSIONES

Desde mediados de los años setenta, el concepto de apoyo social se consolida como uno de los recursos más importantes con el que contamos las personas para mejorar el bienestar, considerándose como instrumento tanto de prevención como de tratamiento; por tanto, podemos comprobar la importancia del concepto de apoyo social percibido porque en la percepción va incluida la evaluación que la persona realiza de los procesos en los que se ve implicada, teniendo en cuenta que, en esencia, el apoyo social percibido es saber que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso y descansa su efecto en el grado de satisfacción que se obtiene de ese apoyo disponible, independientemente de que se acceda finalmente o no a ellos para enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

Esta premisa ha sido, desde el primer momento, la principal razón por la que nos hemos adentrado en esta apasionante investigación acerca del apoyo social percibido por las mujeres con cáncer de mama.

Según la Asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife (2014) se diagnostican entre 22.000 y 27.000 casos de cáncer de mama al año en España, lo que representa casi el 55% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país, ya que esta enfermedad afecta en un 99% a mujeres y en un 1% a hombres.

En esta investigación en concreto se ha contado con una muestra de población de mujeres con cáncer de mama de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, asociadas a Ámate, en la que el 87% de las mujeres encuestadas se sienten satisfechas con el apoyo social recibido, frente a un 13% que afirman no estar satisfecha con el mismo.

Otro de los datos relevante de la investigación ha sido que como se preveía, las mujeres que afirmaron vivir solas (19,5%) presentan una mayor vulnerabilidad ante la posibilidad de poder recurrir a personas o instituciones para solicitar ayuda.

Como se ha podido comprobar a lo largo de la investigación, es fundamental el apoyo de la red social primaria, dado que son las mujeres encuestadas quienes demandan dicho

apoyo por la cercanía que esta le ofrece, sin embargo las mujeres encuestadas reconocen la labor de las asociaciones y los servicios que las mismas les ofrecen, de modo que se sienten satisfechas con la posibilidad de poder acudir y con la presencia de las personas que en dichos recursos se encuentran y afirman que acudirían a ellos en caso de necesitarlos.

En relación a lo anterior, cabe destacar la figura del o la trabajador/a social que tiene un papel incuestionable, pues se hace necesaria la escucha activa, habilidad fundamental con la que deben contar las personas que se dedican a esta profesión y por otra parte, hacerse eco de la posibilidad de informar y derivar, formando parte esencial en el proceso del impacto, el afrontamiento y el proceso de adaptación por el propio interés de las usuarias del servicio, ya que las mujeres llegan a éste tanto en busca de asesoramiento como de apoyo y se hace fundamental el derivarlas al servicio pertinente, durante el proceso y una vez finalizado el cáncer para que se incorpore cuanto antes a su vida anterior.

Finalmente, si bien es cierto que el cáncer de mama acarrea dificultades que han de ser resueltas por la propia mujer, por profesionales de la medicina, la psicología y la fisioterapia, no es menos cierto que el/la profesional del trabajo social forma parte del equipo necesario para que el tratamiento de esta dificultad se considere sólido.

REFERENCIAS

- Alonso, A., Menéndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Para saber de ...*, 118-123.
- Ámate. (2014). *Memomoria del programa de mujer a mujer*. Santa Cruz de Tenerife.
- Ámate, T. (2010). *Ámate Tenerife*. Obtenido de <https://blogasociacionamate.wordpress.com/lineas-de-actuacion/>
- Ámate, T. (2010). *Ámate Tenerife*. Obtenido de <https://blogasociacionamate.wordpress.com/lineas-de-actuacion/>
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Barcelona: Tesis doctoral.
- Barra, E. (2004). Apoyo Social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 237-243.
- Barranco, C. (2008). *Introducción al Trabajo Social. Historia, Naturaleza y Ámbitos de actuación*. La Laguna: Fotocopias drago.
- Barranco, C. (2009). Trabajo Social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, 133-145.
- Bayo, J., García, J., Hernández, A. y Valentín, V. (2007). *Cáncer de Mama Cuestiones más frecuentes*. Madrid: grupo editorial entheos.
- Botero, B., y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 11-24.
- Bronfenbrenner, U. (1993). Ecological Models of Human Development. *International Encyclopedia of Education*, 37-43.
- Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 425-35.
- Cervera, S. y Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 7-29.
- Durán, E. y Hernández, S. (2003). Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología*, 21-39.

- Ferro, T. y Prades, J. (2013). *Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia*. Barcelona: Gama, sl.
- Gepac, G. e. (2013). *Todo lo que empieza cuando " termina el cáncer"*. Madrid: Gepac.
- González, A. y González, M. (2007). Los programas de detección precoz del cáncer de mama en España. *Psicooncología*, 249-263.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Gutiérrez, M. y Vázquez, A. I. (2008). Una Visión Antropológica del Trabajo Social en Salud. *Boletín informativo de Trabajo Social (BITS)*.
- Knaut, F., López, L., Lazcano, E., Gómez, H., Romieu, I. y Torres, G. (2009). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y las situaciones de salud. *Salud Pública de México*, 138-140.
- Lila, M. y Gracia, E. (1996). La integración de los sistemas formales e informales del apoyo social. *Informació Psicológica*, 28-34.
- Pérez, A. y Hernández, Y. (2013). *Marco teórico de la Asociación de mujeres con cáncer de mama de Tenerife-Ámate*. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Santaballa, A. (2015). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Obtenido de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?format=pdf>
- Sociedad Española de Oncología Médica, S. (2014). *Las Cifras del Cáncer en España 2014*. Madrid: España.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 385-404.
- Vázquez, S., Cid de Leon, B. G. y Pimentel, J. (2014). La Práctica de Trabajo Social en Salud desde la perspectiva de los modelos de intervención. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*.

ANEXO

- EDAD:
- LUGAR DE RESIDENCIA:
- Nº DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE:
- PARENTESCO CON LA PERSONA A LA QUE HA ELEGIDO USTED COMO PRINCIPAL:

**Recuerde que toda la información es anónima y en nada le compromete.

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada. Tenga en cuenta que:

1. Significa que usted **está muy en desacuerdo**.
2. Significa que usted está **en desacuerdo**.
3. Significa que usted está **en parte de acuerdo y en parte en desacuerdo**.
4. Significa que usted está **de acuerdo**.
5. Significa que usted está **muy de acuerdo**.

ESCALA 1

1. Me encuentro a disgusto dentro de mi barrio o comunidad.	1 2 3 4 5
2. Me siento identificada con mi comunidad/barrio.	1 2 3 4 5
3. Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o mi comunidad.	1 2 3 4 5
4. Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy yo.	1 2 3 4 5
5. Siento el barrio como algo mío.	1 2 3 4 5
6. Colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi comunidad.	1 2 3 4 5
7. Participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad.	1 2 3 4 5
8. Participo en algún grupo social o cívico.	1 2 3 4 5
9. No participo en las reivindicaciones sociales que se llevan a cabo en mi barrio o comunidad.	1 2 3 4 5
10. Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad.	1 2 3 4 5
11. No participo en las actividades socio recreativas de mi comunidad.	1 2 3 4 5

ESCALA 2

Como usted sabe, asociaciones, grupos sociales o cívicos como pueden ser el club de socios de Ámate o los desfiles benéficos de dicha asociación, son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida social de las personas. En esta organización:

1. Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas.	1 2 3 4 5
2. No encontraría comprensión y apoyo.	1 2 3 4 5
3. Podría encontrar personas que me ayudarían a sentirme mejor.	1 2 3 4 5
4. No pediría consejo.	1 2 3 4 5
5. No podría compartir mis problemas.	1 2 3 4 5
6. Encontraría alguien que me escuche cuando estoy decaída.	1 2 3 4 5
7. Encontraría una fuente de satisfacción para mí.	1 2 3 4 5
8. Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo.	1 2 3 4 5
9. Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos.	1 2 3 4 5
10. No solicitaría ayuda.	1 2 3 4 5

ESCALA 3

Los Servicios Sociales o las asociaciones como Ámate, que ofrecen servicios de atención psicológica, fisioterápica etc. son organizaciones y servicios que la comunidad pone a disposición de sus miembros.

1. Si tuviera problemas (personales, familiares, etc.), podría encontrar personas en estas organizaciones que me ayudarían a resolverlos.	1 2 3 4 5
2. Estos servicios no me inspiran la suficiente confianza.	1 2 3 4 5
3. Estas organizaciones y servicios son una importante fuente de apoyo.	1 2 3 4 5
4. En caso de necesidad acudiría a estas organizaciones.	1 2 3 4 5

ESCALA 4

A continuación y para finalizar encontrará un conjunto de casillas. Se trata de que usted haga lo siguiente:

1. En la primera columna de la izquierda (I) escriba las iniciales de aquellas personas que son importantes para usted. Considere exclusivamente aquellas personas que verdaderamente le proporcionan apoyo personal.
2. En la segunda columna de la izquierda (R) señale el tipo de relación que mantiene (pareja, amigo/a, hijo/a, etc.) con cada una de esas personas.
3. Encima de la casilla encontrará un total de 9 preguntas. Léalas cuidadosamente y responda cada pregunta para todas las personas que ha señalado.

RECUERDE		1. ¿En qué medida usted podría compartir y expresar libremente sus sentimientos con esta persona?	2. Si se encontrara usted deprimida o tuviera problemas personas, ¿En qué medida le ayudaría esta persona?	3. ¿Hasta qué punto le serviría de ayuda esta persona si tuviera usted que tomar una decisión importante?	4. ¿En qué medida le serviría esta persona de ayuda si usted necesitara consejo o una sugerencia útil para resolver un problema?	5. Si estuviera usted enferma o necesitara que le llevaran al médico, ¿En qué medida esta persona le ayudaría?	6. Si usted necesita dinero o que le cuidaran la casa o los hijos, etc., ¿En qué medida esta persona le ayudaría?	7. Si esta persona se encontrara preocupada, deprimida, tuviera problemas personas o familiares, etc., ¿Acudiría a usted?	8. Si esta persona necesitara consejo, resolver algún problema o tomar alguna decisión importante, ¿Acudiría a usted?	9. Si esta persona se encontrara enferma, necesitara dinero, que le llevaran a algún sitio, cuidaran de su casa o los niños, etc., ¿Acudiría a usted?
I	R									

En definitiva, ¿Está usted satisfecha con el apoyo social recibido? Sí No

¡Muchas gracias por su colaboración!