

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**La tutela del derecho a la vida y a la salud en los casos
de responsabilidad civil frente a accidentes de
tránsito ocasionados con vehículos sujetos al
arrendamiento financiero**

Damaris Diana Carrasco Orellana
Nataly Stefany Picho Hidalgo
Nicole Stefany Quincho Cardenas

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TESIS

A : Eliana Carmen Mory Arciniega
Decano de la Facultad de Humanidades

DE : Carlos Enrique Lara Grados
Asesor de tesis

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de tesis

FECHA : 25 de Enero de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado asesor de la tesis titulada: ""LA SOLEDAD Y LA INTENSIDAD AFECTIVA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - CENTRO, CONCEPCIÓN, JUNÍN – 2023", perteneciente a las estudiantes CARRASCO ORELLANA DAMARIS DIANA, PICHO HIDALGO NATALY STEFANY , QUINCHO CARDENAS NICOLE STEFANY, de la E.A.P. de Psicología; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 19 % de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: 15) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que la tesis constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,


.....
Lic. Carlos Enrique Lara Grados
C. Ps. P. 2093
Mg. en Investigación y Docencia
Universitaria

Carlos Enrique Lara Grados
Asesor de tesis

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Nataly Stefany Picho Hidalgo, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 73661516, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La tesis titulada: "LA SOLEDAD Y LA INTENSIDAD AFECTIVA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - CENTRO, CONCEPCIÓN, JUNÍN - 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de. Licenciado en Psicología
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

25 de enero de 2024.



Nataly Stefany Picho Hidalgo

DNI. No. 73661516

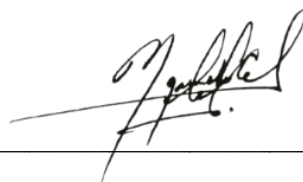
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Nicole Stefany Quincho Cardenas, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 72407218, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

5. La tesis titulada: "LA SOLEDAD Y LA INTENSIDAD AFECTIVA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - CENTRO, CONCEPCIÓN, JUNÍN - 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de. Licenciado en Psicología
6. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
7. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
8. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

25 de enero de 2024.



Nicole Stefany Quincho Cardenas

DNI. No. 72407218

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Damaris Diana Carrasco Orellana, identificado(a) con Documento Nacional de Identidad No. 77272409, de la E.A.P. de Psicología de la Facultad de Humanidades la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

9. La tesis titulada: "LA SOLEDAD Y LA INTENSIDAD AFECTIVA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - CENTRO, CONCEPCIÓN, JUNÍN - 2023", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Título Profesional de. Licenciado en Psicología
10. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
11. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
12. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

25 de enero de 2024.



Damaris Diana Carrasco Orellana

DNI. No. 77272409

Informe Turnitin

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	2%
4	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%

10	Submitted to Universidad Catolica Cardenal Raul Silva Henriquez Trabajo del estudiante	<1 %
11	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	escuchabiologica.com Fuente de Internet	<1 %
13	1library.co Fuente de Internet	<1 %
14	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.unife.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.unife.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	ctscafe.pe Fuente de Internet	<1 %
19	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
20	reme.uji.es Fuente de Internet	<1 %
21	Submitted to Universidad Privada del Norte	

Trabajo del estudiante

<1 %

22

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

23

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

24

tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

25

www.dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

26

www.tdx.cat

Fuente de Internet

<1 %

27

Inês Almeida, Carla Lopes, Rita Pedroso, Rui Gaspar. " The outdoor nature, indoors: relationship between contact with nature, life satisfaction and affect during a COVID-19 pandemic lockdown () ", PsyEcology, 2023

Publicación

<1 %

28

repositorio.uct.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

29

www.ti.autonomadeica.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

30

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1 %

idus.us.es

31

Fuente de Internet

<1 %

32

repositorio.unp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

33

repositorio.utn.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

34

"Applied Technologies", Springer Science and Business Media LLC, 2023

Publicación

<1 %

35

Submitted to Dumfries and Galloway College

Trabajo del estudiante

<1 %

36

repositorio.undac.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

37

docplayer.es

Fuente de Internet

<1 %

38

dspace.umh.es

Fuente de Internet

<1 %

39

issuu.com

Fuente de Internet

<1 %

40

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

41

www.matematicos.org

Fuente de Internet

<1 %

42

bdigital.uexternado.edu.co

Fuente de Internet

<1 %

43

www.cancer.org

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

A nuestras familias, mentores y amigos,
quienes depositaron su confianza en
nosotras y nunca dejaron de apoyarnos.

AGRADECIMIENTOS

Extendemos nuestros agradecimientos a nuestro asesor tesis quien nos guió durante todo el proceso de investigación con su amplia experiencia, a los profesionales a los cuales consultamos para despejar las dudas que suscitaron durante el estudio, al personal del IREN-Concepción, quienes amablemente nos dieron la venia para desarrollar la presente investigación, a los pacientes de la unidad de cuidados paliativos y a sus familiares que nos atendieron con cordialidad y se mostraron asequibles a participar, a nuestros padres y hermanos (as), quienes siempre mostraron su apoyo, a la universidad Continental por su eficacia y eficiencia. Todos los mencionados contribuyeron en nuestro crecimiento personal y profesional, por lo que reiteramos nuestros agradecimientos.

RESUMEN

El propósito de la investigación fue el de establecer la relación existente entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023). La investigación tiene como características un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de tipo transeccional y nivel correlacional. En cuanto a la muestra, se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia, por lo que el estudio está conformado por 150 colaboradores que se encuentran en cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, los instrumentos empleados fueron la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SESLA-S) y la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM). Se obtuvo resultados que indican la existencia de una relación significativa directa para con las variables soledad e intensidad afectiva ($\rho = 0.706$), en cuanto a la prevalencia se hallaron niveles altos con un 57 % y 59 % respectivamente. En esta misma línea, los resultados del análisis correlacional por dimensiones nos llevan a afirmar de la relación significativa inversa entre la soledad familiar y serenidad ($\rho = -0.754$), las mayores incidencias se manifestaron en el nivel medio con un 65 % y 48 % a correspondencia. También, se encontró una relación significativa directa entre la soledad social y reactividad negativa ($\rho = 0.615$), con una prevalencia del 44 % en los niveles medio y alto respectivamente. Así mismo, se halló soledad romántica e intensidad negativa, que mostraron una relación significativa directa ($\rho = 0.682$), con una incidencia del 46 % y 48 %, ambos en el nivel medio a correspondencia. Y en cuanto a la soledad familiar y afectividad positiva se encontró una relación significativa inversa ($\rho = -0.411$), con una prevalencia del 65 % en el nivel medio y 44 % en el nivel alto respectivamente. En conclusión, se halló relación significativa entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Palabras clave: soledad, intensidad afectiva, cáncer, cuidados paliativos y psicooncología.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to identify the correlation between loneliness and affective intensity in palliative care patients of the Regional Institute of Neoplastic Diseases-Center, Concepción, Junín (2023). The research has as characteristics a quantitative approach, non-experimental design of transectional type and correlational level. As for the sample, non-probabilistic convenience sampling was used, so the study is made up of 150 patients from the palliative care at the Regional Institute of Neoplastic Diseases-Center. The instruments used were the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SESLA-S) and the Larsen Affective Intensity Scale (AIM). The results showed that there is a significant direct relationship between the variables loneliness and affective intensity ($\rho = 0.706$), in terms of prevalence, high levels were found with 57 % and 59 % respectively; in the same line, the results of the correlational analysis by dimensions lead us to affirm the significant inverse relationship between family loneliness and serenity ($\rho = -0.754$), the highest incidences were manifested in the middle level with 65 % and 48 % correspondingly; a direct significant relationship was also found between social loneliness and negative reactivity ($\rho = 0.615$), with a prevalence of 44 % in the medium and high levels respectively; likewise, romantic loneliness and negative intensity showed a direct significant relationship ($\rho = 0.682$), with an incidence of 46 % and 48 % both in the medium level to correspondence; and as for family loneliness and positive affectivity an inverse significant relationship was found ($\rho = -.411$), with a prevalence of 65 % in the medium level and 44 % in the high level respectively; in conclusion, a significant correlation was found between loneliness and affective intensity in palliative care patients at the Regional Institute of Neoplastic Diseases-Center, Concepción, Junín (2023).

Keywords: Loneliness, affective intensity, cancer, palliative care, and psycho-oncology.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras.....	x
Introducción.....	xii
Capítulo I : Planteamiento de estudio	1
1.1. Formulación del problema	1
1.1.1. Problema general:	8
1.1.2. Problemas específicos.....	8
1.2. Objetivos de la investigación:	11
1.2.1. Objetivo general.....	11
1.2.2. Objetivos específicos	11
1.3. Hipótesis.....	13
1.3.1. Hipótesis General.....	13
1.3.2. Hipótesis Específicas	13
1.4. Variables y operacionalización	15
1.4.1. Variables.....	15
1.4.2. Operacionalización de variables:.....	16
1.5. Justificación e importancia del estudio	17
1.5.1. Justificación teórica	17
1.5.2. Justificación metodológica	18
1.5.3. Justificación práctica	18
1. CAPÍTULO II : Marco teórico	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes Nacionales	24
2.2. Bases Teóricas.....	26
2.2.1. Soledad.....	26
2.2.2. Cáncer	30
2.2.3. Intensidad Afectiva	32
2.2.4. Definición de términos:.....	34

3. Capítulo III: Metodología.....	39
3.1. Tipo de investigación:	39
3.2. Nivel de investigación:.....	39
3.3. Diseño de investigación:	40
3.4. Población:.....	40
3.5. Muestra:.....	41
3.6. Muestreo:.....	41
3.7. Criterios de inclusión y exclusión:	41
3.8. Técnicas e instrumentos	42
3.9. Procedimiento.....	46
3.10. Análisis de datos:	47
3.11. Aspectos éticos.....	47
Capítulo IV	49
4.1. Presentación de resultados:	49
4.2. Resultados sociodemográficos:	50
4.3. Resultados descriptivos	53
Conclusiones.....	87
Recomendaciones	92
Referencias bibliográficas.....	96
Anexos	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	16
<i>Operacionalización de variable soledad</i>	16
Tabla 2	17
<i>Operacionalización de variable intensidad afectiva</i>	17
Tabla 3	44
<i>Validez de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S)</i>	44
Tabla 4	44
<i>Confiabilidad de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S)</i>	44
Tabla 5	45
<i>Validez de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM)</i>	45
Tabla 6	46
<i>Confiabilidad de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM)</i>	46
Tabla 7	49
<i>Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov:</i>	49
Tabla 8	50
<i>Característica sociodemográfica-Género</i>	50
Tabla 9	51
<i>Característica sociodemográfica-Edad</i>	51
Tabla 10	55
<i>Correlación entre Soledad e Intensidad Afectiva</i>	55
Tabla 11	57
<i>Correlación entre soledad social y afectividad positiva</i>	57
Tabla 12	58
<i>Correlación entre soledad social e intensidad negativa</i>	58
Tabla 13	60
<i>Correlación entre soledad social y serenidad</i>	60
Tabla 14	61
<i>Correlación entre soledad social y reactividad negativa</i>	61

Tabla 15	63
<i>Correlación entre soledad emocional y afectividad positiva</i>	<i>63</i>
Tabla 16	64
<i>Correlación entre Soledad emocional e Intensidad negativa.....</i>	<i>64</i>
Tabla 17	66
<i>Correlación entre soledad emocional y serenidad</i>	<i>66</i>
Tabla 18	67
<i>Correlación entre soledad emocional y reactividad negativa.....</i>	<i>67</i>
Tabla 19	69
<i>Correlación entre soledad familiar y afectividad positiva</i>	<i>69</i>
Tabla 20	70
<i>Correlación entre soledad familiar e intensidad negativa</i>	<i>70</i>
Tabla 21	72
<i>Correlación entre soledad familiar y serenidad.....</i>	<i>72</i>
Tabla 22	73
<i>Correlación entre soledad familiar y reactividad negativa.....</i>	<i>73</i>
Tabla 23	75
<i>Correlación entre soledad romántica y afectividad positiva.....</i>	<i>75</i>
Tabla 24	76
<i>Correlación entre soledad romántica e intensidad negativa.....</i>	<i>76</i>
Tabla 25	78
<i>Correlación entre soledad romántica y serenidad</i>	<i>78</i>
Tabla 26	79
<i>Correlación entre soledad romántica y reactividad negativa.....</i>	<i>79</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	51
<i>Característica sociodemográfica-Género</i>	51
Figura 2	52
<i>Característica sociodemográfica-Edad</i>	52
Figura 3	53
<i>Incidencia de la Soledad</i>	53
Figura 4	54
<i>Incidencia de la Intensidad Afectiva</i>	54
Figura 5	56
<i>Correlación entre Soledad e Intensidad Afectiva</i>	56
Figura 6	57
<i>Correlación entre soledad social y afectividad positiva</i>	57
Figura 7	59
<i>Correlación entre soledad social e intensidad negativa</i>	59
Figura 8	60
<i>Correlación entre soledad social y serenidad</i>	60
Figura 9	62
<i>Correlación entre soledad social y reactividad negativa</i>	62
Figura 10	63
<i>Correlación entre soledad social y afectividad positiva</i>	63
Figura 11	65
<i>Correlación entre Soledad emocional e Intensidad negativa</i>	65
Figura 12	66
<i>Correlación entre soledad emocional y serenidad</i>	66
Figura 13	68
<i>Correlación entre soledad emocional y reactividad negativa</i>	68
Figura 14	69
<i>Correlación entre soledad familiar y afectividad positiva</i>	69

Figura 15	71
<i>Correlación entre soledad familiar e intensidad negativa</i>	<i>71</i>
Figura 16	72
<i>Correlación entre soledad familiar y serenidad</i>	<i>72</i>
Figura 17	74
<i>Correlación entre soledad familiar y reactividad negativa.....</i>	<i>74</i>
Figura 18	75
<i>Correlación entre soledad romántica y afectividad positiva.....</i>	<i>75</i>
Figura 19	77
<i>Correlación entre soledad romántica e intensidad negativa.....</i>	<i>77</i>
Figura 20	78
<i>Correlación entre soledad romántica y serenidad</i>	<i>78</i>
Figura 21	80
<i>Correlación entre soledad romántica y reactividad negativa</i>	<i>80</i>

INTRODUCCIÓN

Sobre la base de las características de la enfermedad del cáncer, los pacientes con diagnóstico oncológico son expuestos a diversos factores emocionales y cognitivos que repercuten en el estado de ánimo y conducta, los cuales se ven implicados durante el diagnóstico y tratamiento. Es así que los pacientes que se hallan en la unidad de cuidados paliativos se ven inmersos en una experiencia con riesgos psicológicos y físicos, debido a la gravedad sintomatológica de la enfermedad, y como consecuencia son encaminados a adaptarse a nuevos hábitos y contextos; lo que genera la necesidad de una atención y recursos psicológicos personalizados y especializados que se ajusten a las necesidades de cada usuario (National Cancer Institute [NIH], 2021). De ahí nace la necesidad de la exploración de los constructos soledad y la intensidad afectiva, puesto que la correlación de esta variable conlleva a la exploración de la autonomía, la gestión, la interacción y el estado emocional con los que los pacientes cuentan. Es así que la finalidad yace en conocer cómo perciben la soledad y experimentan sus emociones, teniendo en cuenta que el cáncer es una enfermedad que produce alteraciones físicas y psicológicas, que a su vez posee un carácter invasivo y degenerativo (National Cancer Institute [NIH], 2018).

Por ello, la presente investigación es justificada por la necesidad de visibilizar las incidencias de las variables de estudio en una población vulnerable a nivel físico y emocional; al actualizar e incrementar la información se busca promover el interés teórico. En cuanto al uso de los instrumentos psicométricos empleados se busca su actualización para fomentar su vigencia y propiciar la frecuencia de su uso por los profesionales para el abordaje en pacientes. Asimismo, los resultados aportarán datos psicológicos que contribuirán en la praxis de intervenciones psicooncológicas en pacientes que atraviesan por una enfermedad degenerativa, que a su vez provoca alteraciones emocionales y cambios de hábitos.

Cabe resaltar que durante la investigación suscitaron limitaciones en cuanto al repertorio de investigaciones previas en los últimos años, tanto internacionales como nacionales que estudiarán las variables soledad e intensidad afectiva en una muestra con características similares del presente estudio; por lo que se espera que los futuros investigadores sobre la base de los resultados obtenidos se interesen por indagar estos constructos.

A continuación, se detallan los alcances de la investigación en los siguientes acápite: el capítulo I de la investigación contiene el planteamiento del estudio, alude a datos estadísticos del comportamiento de las variables que a su vez conducen a la formulación del problema general, el cual que busca conocer ¿cuál es la relación de la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)? En seguida se plantean los problemas específicos sobre la base de las dimensiones de las variables de estudio; posterior a ello se propone el objetivo general. Se busca encontrar la relación entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023); con sus respectivos objetivos específicos también en torno a las dimensiones de las variables de estudio.

A su vez, el capítulo II del estudio presenta el marco teórico, en el que se encuentran investigaciones anteriores tanto internacionales como nacionales que aluden a las variables de estudio, luego se muestran las bases teóricas que sustentan el estudio y se culmina con las definiciones de la terminología empleada en la investigación.

Mientras que el capítulo III de la investigación contiene la metodología empleada; es así que inicia con la formulación de hipótesis sobre la base de objetivo general; luego de ello se ejecutó la operacionalización de las variables, para proseguir con la delimitación de la investigación, siendo esta de tipología básica, con un nivel correlacional y de diseño no experimental transeccional; en cuanto a las características de la población y muestra. Además,

el estudio está conformado por 150 colaboradores que se encuentran en cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023), ello sobre la base de un muestreo censal y con criterios de inclusión y exclusión. En este capítulo también se encuentran las técnicas e instrumentos empleados; aquí se ven detalladas las características por medio de la ficha técnica de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SESLA-S) y la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM), las cuales fueron sometidas a pruebas de valides y confiabilidad, por juicio de expertos que conllevó al uso del coeficiente de V de Aiken y el estadístico de Alfa de Crombach. En seguida se especifican los procedimientos que se llevaron a cabo para realizar la investigación, después se nombran los programas utilizados para el análisis de datos, los cuales fueron el programa IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0 y la hoja de cálculo de Microsoft Excel versión 2021 (18.0), finalmente se detallan los aspectos éticos a tomar en cuenta en el proceso del estudio.

Por su parte, el capítulo IV del estudio presenta los resultados a los que se arribaron, para esto, se evalúa el tipo de distribución por medio de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, y se obtuvo que los datos no tienen una distribución normal, y se procede con el análisis de los datos con pruebas no paramétricas; debido a que el procedimiento que se busca realizar es el de hallar correlaciones se emplea el coeficiente de Spearman (ρ). Finalmente, se muestran los gráficos y tablas estadísticas donde se realiza la prueba de hipótesis y la interpretación descriptiva inferencial luego de su contrastación.

Los últimos tres acápite del trabajo de investigación contienen las discusiones, las cuales aluden al análisis y contrastación de resultados con los antecedentes y las bases teóricas considerados en el segundo capítulo; seguida de las conclusiones, las cuales responden a los objetivos de investigación y finalmente las recomendaciones, que precisan sugerencias con base al proceso y los resultados de la investigación en conjunto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

1.1. Formulación del Problema

La OMS refiere que los vínculos sociales contribuyen a la salud física y mental; por lo que la soledad y el aislamiento social repercuten en la calidad de vida y longevidad, y se convierte en una preocupación para la salud pública, ya que las personas que lo padecen son vulnerables a caer en factores de riesgo como el consumo de tabaco, la falta de actividad física y obesidad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La soledad que percibe el paciente con neoplasia maligna proviene del miedo, debido a que su existencia se encuentra en juego. En cuanto a la vivencia efectiva y su intensidad tenemos que la tensión es una reacción común al tener que afrontar una condición grave (Cancer Support Community, 2020), y la vulnerabilidad viene a connotar conciencia de la fragilidad propia, de la existencia y del posible acontecer, de la probabilidad de ser lastimado (García-Alandete & Hernández-Jiménez, 2018). El cáncer puede generar una adaptación psicofisiológica impropia a la circunstancia en la que vive una persona, lo cual puede dirigir a la incapacidad para superarla (Martí-Augé et al., 2015).

Los resultados obtenidos por el Proyecto Roots Of Loneliness visibilizan la recurrencia de la soledad a nivel mundial, es así que Europa reportó 75 millones de individuos que se hallan aislados socialmente, representando el 18 % de la población europea; en el Reino Unido, la soledad se halló como una característica instaurada, ya que 14 % de sus habitantes se sienten solos todo el tiempo y el 36 % muy apenado reconoce que durante las vacaciones experimenta este sentimiento. En esta misma línea, Londres se convirtió en la ciudad con mayores índices de afectación con más de la mitad de su población, pues el 55 % se siente solo; la incidencia del sentirse solo en Inglaterra se manifiesta en el 45 % de sus habitantes, aludiendo a 25

millones de individuos. Mientras que en Canadá entre el 25 % y 30 % de la población se siente aislado de la sociedad o la soledad en sus vidas se ha convertido en un fenómeno persistente; los adultos jóvenes de Australia, en un 62 %, aseguran sentirse solos, y el 55 % de toda la población menciona que carecen de compañía. A su vez, en Japón actualmente, el 1,54 % de sus habitantes que es representado por un aproximado de 541.000 individuos optaron por tener un estilo de vida de ermitaño. Por su parte, la población de Estados Unidos, en un 52 %, reporta experimentar el sentimiento de soledad, y un 47 % menciona que sus relaciones sociales carecen de significado (Hartman, 2023).

Asimismo, las estadísticas en cuanto a las generaciones nos revelan que en Estados Unidos los más jóvenes se ven más afectados por la soledad; ya que los nacidos desde 1965 a 1980, quienes son denominados la generación X, en un 30 % reportan sentirse solos en ocasiones. Mientras que los de la generación Millennials, pertenecientes a las edades de 27 hasta los 42 años en un 73 %, aseveran sentirse solos; y con esta misma estadística la generación Z, que actualmente tienen de 11 a 26 años, experimentan sentirse solos (Hartman, 2023).

Además, un estudio realizado para conocer cómo la soledad es experimentada por las personas de todo el mundo estuvo compuesto por los habitantes de 237 países, islas y territorios, donde se halló que el género masculino se siente más solo, también que las culturas individualistas generan que entre sus habitantes la soledad se dé con mayor incidencia. Finalmente, encontraron que las personas que tienen más riesgo de experimentar la soledad son individuos jóvenes de sexo masculino que viven en una cultura individualista (Barreto et al., 2021).

Mientras que en América Latina prevalece la soledad en los adultos mayores, al manifestarse con una varianza del 25,3 % y 32,4 % en el transcurso del 2003 al 2010; cabe resaltar que los países donde se hallaron una mayor incidencia soledad fueron México con un

32,4 % ocupando el primer lugar, y Puerto Rico se ubicó en el segundo lugar con un 32,2 %. A ello se le agrega que los autores aseveran al fenómeno de la soledad como factor que incide en la causa de mortalidad en la población latinoamericana (Gao, Prina, Prince et al., 2021).

A su vez, en el Perú se estimó una incidencia del 32 % de habitantes que experimentaron la soledad para el 2021, pues así lo corroboraron los participantes de la encuesta realizada por Statista que se encontraban entre las edades de 16 a 74 años; ubicando a nuestro país en el segundo lugar con la mayor tasa de incidencia, superada solo por Brasil con la prevalencia del 36 % de casos (Statista, 2022).

En cuanto a la prevalencia a nivel local, en el 2021 con una muestra de 240 individuos de 14 a 18 años, la soledad se presentó con una incidencia del 56.4 % en un nivel medio y el 12,4 % en un nivel alto (Torres, 2022). En el 2014, la prevalencia de la soledad en niveles altos en veinte adultos mayores en el distrito de Chilca, provincia de Huancayo se manifestó en un 65 %, en estos mismos niveles la mitad de los participantes se sintieron solos en el ámbito familiar, social y existencial; y en cuanto a la soledad conyugal el 90 % también percibió este fenómeno en niveles altos (De la Cruz & Fernandez , 2014). También en el 2014, cuarenta adultos mayores en situación de abandono en el distrito de Viques, provincia de Huancayo, en su mayoría con una incidencia del 90 %, aseveran sentirse solos, debido a que no interactúan con sus familiares; también presentaron sentimientos de aislamiento en un 80 %, debido a la falta de apoyo y comprensión; y el 92,5 % no identifica a nadie para compartir sus necesidades emocionales (Medina y Mendoza, 2015).

Las emociones son las reacciones psicofisiológicas sobre la base de los estímulos del contexto y a lo largo de la vida varían en la intensidad experiencial de forma individual, es así como son parte fundamental para la socialización, pues es importante comunicar adecuadamente lo que se siente para obtener la libertad emocional que todo ser humano

necesita para promover la salud (The United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2023). La predisposición para la intensidad de percepción emocional o sensibilidad de los estímulos externos positivos o negativos se ve relacionado con la presencia de la variante del gen ADRA2B, ya que los portadores manifiestan una mayor atención y afectación a estímulos de su entorno (Todd, Ehlers et al., 2015). En este sentido, la recaudación de datos longitudinal de dos años en Inglaterra y Gales refiere que el temperamento y, por ende, a la predisposición emocional de las respuestas del 47 % de los individuos participantes se ven influenciados por la herencia genética (Assary, Keers, Pluess et al., 2021).

Al hablar de emociones nos permitimos aludir a reacciones de forma natural que las personas presentan frente a circunstancias de gran impacto, como ejemplo estas pueden ser aquellas que ponen en juego la integridad de la persona, situaciones de conmina que tienen la probabilidad de presentar un resultado negativo o positivo. Las reacciones son experimentadas como un fuerte impacto en el estado de ánimo, este puede ser de aspecto muy afable, es decir, emociones positivas o negativas. Independientemente de ello se considera también la expresión externa, la cual es reconocida por el círculo social por medio de expresiones en el rostro, como son los gestos, cambios del tono de voz, etc. (Cano, 2005).

En Estados Unidos se llevaron a cabo investigaciones que aluden a la variable de intensidad afectiva, en cuanto a las respuestas emocionales positivas y negativas que forman parte de la estructura del constructo en mención, por lo cual refirieron lo siguiente: en el estado de Washington, en una investigación de treintaicinco individuos, se halló que las discusiones de temas afectivos de índole negativo, producen en los participantes reacciones de excitación fisiológica; la cual hizo referencia a respuestas conductuales y emocionales de activación en comparación a conversaciones de índole positivo o neutral (Burbridge et al., 2005). La investigación de Larsen et al. (1986), luego de dividir sus muestras en grupos de alta y baja intensidad de afecto, encontró que los sujetos de nivel alto respondieron a situaciones

hipotéticas con reacciones más fuertes e intensas. Además, este hallazgo se mantuvo independientemente de si los eventos provocaron afecto positivo o negativo e independientemente de si la estimulación emocional se consideró ligera, moderada o muy fuerte. En otro estudio, se propone que la variedad individual en la intensidad afectiva está asociada a la forma de pensar durante la exposición a un estímulo de emoción relevante. Dos estudios replicaron que los sujetos que se encuentran altos en la dimensión de intensidad afectiva se involucran en operaciones cognitivas más personalizadas/empáticas y más generalizadoras/elaborativas que sujetos que se encuentran bajos en la dimensión de la intensidad afectiva (Larsen, et al, 1987).

A nivel mundial a partir del 2015, la incidencia de experiencias negativas que conllevan emociones de esta misma índole se incrementó de forma progresiva para el 2021; pues se manifestó en primera instancia en un 28 % para el 2015 y 2016, mientras que la prevalencia para el año 2017 y 2018 se dio en un 30 %, para 2019, 2020 y 2021 incidió en 31 %, 32 % y 33 % respectivamente. Cabe resaltar que las experiencias positivas referidas a las emociones con esta misma característica se presentaron de modo complementario para alcanzar el 100 % (Gallup, Inc., 2023).

Para el 2021, los países que experimentaron mayores experiencias emocionales positivas se manifestaron en Panamá con un 85 % de incidencia seguido por Indonesia y Senegal, con una prevalencia del 80 %; mientras que las experiencias emocionales negativas prevalecieron en un 59 % en Afganistán y 58 % en el Líbano (Gallup, Inc., 2023).

La recopilación de datos para conocer a nivel mundial como se manifiestan las emociones en el 2014 dio como resultado que los países de Latinoamérica lideran el ranking como los países más emotivos, tantos con emociones positivas como negativas. Es así que Bolivia y el Salvador con un 59 % se hallan en el primer lugar, seguidos de Ecuador, Nicaragua

y Guatemala con un 58 %. Perú también se hizo presente en la lista con más de la mitad de los peruanos, con una incidencia del 54 % (Clifton, 2023).

Para el 2020, el estudio de la afectación de las experiencias emocionales negativas a nivel mundial mostró que nuestro país, Perú se ubicó en el segundo lugar con una incidencia del 51 %, mismo porcentaje obtenido por Líbano y superado por Irán solo con un 2 % donde la incidencia de casos ascendió en un 53 % (Ray, 2022).

A nivel nacional, la data obtenida del 2021 y a principio del 2022 para el Perú reporta que en cuanto a las emociones positivas; se encontró que el 82 % de peruanos sonríen, el 79 % se divierten, 69 % se sienten descansados; mientras que en el reporte de las emociones negativas, un 35 % los peruanos refieren sentirse tristes; el 50 %, estresados; 24 %, enojados; y en un 51 %, preocupados (Gallup, Inc., 2022).

A su vez, Huancayo resaltó como la región más optimista del Perú, de acuerdo con el autor, las razones para que se le atribuya esta característica se debe a la facilidad de adaptación de los huancaínos, el aceptar oportunidades que se presenten para crecer, la importancia que le dan a los vínculos familiares y amicales donde encuentran un soporte emocional, el disfrute de lo que poseen y la auto aceptación (Yamamoto, 2016). A ello se añade que los registros de resiliencia hallados en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo señalan el 95 % de los pacientes tienen como característica la resiliencia, y se resalta que la mitad de los pacientes en un nivel alto perseveran y confían en sí mismos (Cárdenas y Mendoza, 2019).

Además, un diagnóstico oncológico se considera un suceso de vital importancia, ya que no solo involucra al individuo, sino también a su círculo familiar más cercano. El impacto que produce el cáncer en los individuos no es el mismo, teniendo en cuenta que es un proceso dentro de los parámetros normales sobre la base de las circunstancias, los que lo padecen interpretan el suceso como amenaza (Cano, 2005, como se citó Sheina Orbell et al., 2004). Por

consiguiente, se originará lo que se conoce como una reacción emocional ligada a la ansiedad, esta llegaría a aumentar el grado de intensidad a medida que el sujeto se dé cuenta de la insuficiencia de sus recursos lo que conlleva a consecuencias anímicas negativas (Cano, 2005).

Asimismo, las predicciones de incidencia de nuevos casos oncológicos realizadas por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer sobre la base de la data obtenida hasta el 2020, resaltan que, para el 2040 a nivel mundial, la prevalencia de afecciones ascenderá a 28,9 millones; de los cuales los pronósticos de mortalidad sumarán 16,2 millones de pacientes. Mientras que para América Latina y el Caribe se prevé 2,44 millones de pacientes oncológicos, de los cuales el 1,27 millón, que representa un 52 %, sucumbirían ante la enfermedad (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2023).

A nivel nacional en el 2019 la carga de cánceres malignos en el Perú se caracterizó con tendencias mortíferas en 108,6 individuos afectados por cada 100 mil habitantes; es así que nuestro país ocupó el cuarto lugar del quintil de enfermedades neoplásicas malignas entre los países de la Región de las Américas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En el Perú para el 2021, los nuevos pacientes con cáncer atendidos por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ascendieron a 17 mil 494 casos, teniendo una mayor concurrencia de casos el mes de septiembre, siendo este el 10 %, con un total de 1, 784; mientras que el 2020 las nuevas atenciones sumaron 8 mil 199, lo cual nos da una diferencia de 9 mil 295 pacientes, es decir un incremento del 53 % (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2023).

A nivel regional, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú refiere que en la Región Junín, en el 2021 se atendieron a 423 pacientes nuevos, mostrando un incremento de 95 casos en comparación al año predecesor, mientras que en el 2019 los nuevos casos sumaron 640 afectaciones, siendo el mayor número de casos en comparación a los cuatro

años referidos. Es así que en el 2018, los casos nuevos ascendieron a 597 pacientes diagnosticados de cáncer (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2018, 2019, 2020, 2021, 2023).

Para los pacientes oncológicos, enfrentar situaciones como la determinación de un nuevo diagnóstico, la reaparición de la condición, la toma de decisión sobre una cirugía e incluso el temor al discutir estos temas con sus familiares acerca de lo siente, conlleva a abordar las preocupaciones del paciente en su interacción con su entorno cercano y su afrontamiento a la enfermedad. Ya que de nada sirve que el paciente sienta miedo sobre compartir pensamientos de la enfermedad hacia otros o hacia sí mismo para ocultar su malestar, pues a medida que se encierra en sí mismo, el sufrimiento y aislamiento emocional será aún mayor, y más alta la dificultad de romper ese círculo vicioso y hablar a las personas de lo que en realidad le está pasando, de cómo es que se siente, de qué es lo que siente, de lo que en verdad está pasando por su cabeza y de sus temores que aluden a la soledad y la adaptación emocional (Omega Psicología, 2022).

1.1.1. Problema general

¿Cuál es la relación existente entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?

- ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?

- ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?
- ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Establecer la relación entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- Identificar la relación entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- Identificar la relación entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Identificar la relación entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

1.3. Hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

1.3.2. Hipótesis específicas

- Existe una relación significativa entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

1.4. Variables y Operacionalización

1.4.1. Variables

Variable 1: soledad

Variable 2: intensidad afectiva

1.4.2. Operacionalización de variables

1.4.2.1. Soledad

Tabla 1

Operacionalización de variable soledad

Título preliminar: La soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Variable del estudio: Soledad

Conceptualización de la variable: De acuerdo con Buz (2003), la soledad es la resolución, luego de la evaluación cognitiva de las relaciones sociales que se tiene y las expectativas personales, es decir la comparación de la realidad con la idealización; es así que la disonancia generada al contrastar ambos fenómenos dará como resultado la percepción subjetiva de la soledad.

	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Soledad emocional	Soledad romántica	Carencia o insatisfacción de una relación íntima de índole romántico con otra persona.	3, 6, 10, 14, 15.	Escala tipo Likert (1) Totalmente en desacuerdo
	Soledad familiar	Insatisfacción y deseos de pertenencia a modo de comprensión, protección e integración.	1, 4, 8, 11, 12.	(2) Bastante en desacuerdo (3) En desacuerdo (4) Ni de acuerdo Ni en desacuerdo (5) De acuerdo
	Soledad social	Rechazo, aislamiento o marginación que presenta un individuo que percibe distante a sus afines o grupo social.	2, 5, 7, 9, 13.	(6) Bastante de acuerdo (7) Totalmente de acuerdo

1.4.2.2. Intensidad afectiva

Tabla 2

Operacionalización de variable intensidad afectiva

Título preliminar: La soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Variable del estudio: Intensidad afectiva

Conceptualización de la variable: Para Campoy et al. (2002) La intensidad afectiva son las discrepancias individuales de cada ser humano en relación con el grado o intensidad de respuesta emocional con base al estímulo al que se vea expuesto.

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Afectividad positiva	Felicidad, alegría, energía, entusiasmo, etc.	35, 27, 7, 22, 8, 2, 32, 23, 14, 18, 1, 38, 9, 3, 5, 20, 6, 10.	Escala tipo Likert (1) Nunca (2) Casi nunca
Intensidad negativa	Ansiedad, tensión, nerviosismo, etc.	30, 26, 34, 39, 13.	(3) A veces (4) Regularmente (5) Casi siempre
Serenidad	Hipoactivación, relajación, satisfacción, etc.	40, 29, 24, 37, 33, 16, 12, 19, 28, 31.	(6) Siempre
Reactividad negativa	Tristeza, vergüenza, culpa, alteraciones fisiológicas, etc.	11, 21, 25, 17, 36, 4, 15.	

1.5. Justificación e Importancia del Estudio

1.5.1. Justificación teórica

A nivel teórico, la presente investigación que se lleva a cabo aporta bibliografía relacionada a los constructos del estudio, como son la intensidad afectiva y la soledad; en esta última se tiene en cuenta la incidencia de la soledad social, emocional, familiar y romántica.

También, se contribuirá con los conceptos actuales que se tiene respecto a la intensidad afectiva y sus factores, siendo estos la efectividad positiva, intensidad negativa, serenidad y reactividad negativa, del mismo modo con el cáncer y cómo incide en el individuo desde la perspectiva psicológica; actualizando así la data de los temas en cuestión y cómo se manifiesta en la población actual. A ello se le añade que los resultados del estudio contribuirán a afianzar los conceptos previos relacionadas a las variables y servirán de referencia para próximas investigaciones.

1.5.2. Justificación metodológica

A nivel metodológico, la investigación emplea instrumentos estandarizados, validados y confiables a modo de herramienta para la recolección de la data necesaria con la finalidad de evaluar, entre los participantes, los constructos de los que se busca información con el fin de mitigar los sesgos. Por lo que el empleo de las pruebas psicométricas en mención para la investigación servirá para propiciar la actualización de los instrumentos, para fomentar su vigencia y también promover la frecuencia del empleo de estos por los profesionales para el abordaje de los pacientes sobre la base de la fiabilidad de los resultados; siendo las pruebas en mención: la Escala de Soledad Social y Emocional para adultos (SESLA-S), y la Escala de Intensidad Afectiva de (AIM). Cabe resaltar que ambas pruebas con anterioridad han sido sometidas a evaluación, donde se corroboró las propiedades psicométricas con las que cuentan en la población peruana.

1.5.3. Justificación práctica

A nivel práctico, esta investigación se lleva a cabo debido a la necesidad de visibilizar e indagar cómo los fenómenos de la soledad e intensidad afectiva se manifiestan en los pacientes con neoplasia maligna, por lo cual el estudio busca enfocarse en la realidad de los pacientes oncológicos de la unidad de cuidados paliativos. De forma que se logre reconocer la

soledad desde la percepción de los vínculos y necesidades de satisfacción emocional que se encuentran relacionados con el sentirse cuidado, acompañado, protegido, querido, considerado y comprendido. Por otra parte, se busca la intensidad afectiva, la cual alude a la fuerza y/o importancia que una emoción representa para una persona y las formas en las que repercute en su conducta sobre la base de los estímulos ambientales y condiciones biológicas a las que el individuo se ve expuesto. Esto para aportar con datos psicológicos que contribuyan en la praxis de intervenciones psicooncológicas en pacientes que atraviesan por una enfermedad degenerativa que a su vez provoca alteraciones emocionales y cambios de hábitos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En el proceso de indagación acerca de la soledad y la intensidad afectiva en pacientes paliativos oncológicos, es importante mostrar investigaciones que son un referente de información previa que nos proporcionen un punto de partida. Es así que en este apartado se toma en cuenta investigaciones científicas, de las cuales se recopila información relevante, como los hallazgos arribados, datos sociodemográficos relevantes, reflexiones de autores, entre otros, que nos permita tener una noción del acervo que existente actualmente respecto a la temática del presente estudio.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Yélamos et al. (2021) realizaron un estudio orientado al impacto emocional durante la pandemia en 1449 personas con diagnóstico oncológico independientemente de la fase en la que se encontraban y 730 familiares; siendo en su mayoría damas. La finalidad de la investigación fue conocer el impacto psicológico y las variables que estarían incluidas en el transcurso de la pandemia, de modo que se puedan estimar los instrumentos y medios que se deben de establecer para proporcionar el soporte psicológico que necesitan tanto los pacientes como los familiares. Este estudio tuvo un enfoque mixto, en cuanto a los instrumentos utilizados fueron la Escala de Malestar Psicológico de Kessler, Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles, el Cuestionario de Variables y Preocupaciones de Pacientes con Cáncer ante la Situación Actual de COVID-19. En referencia a los resultados, es importante mencionar la relación directa entre la percepción de la soledad y el malestar psicológico, ya que se estimó que un 40,8 % presenta de malestar psicológico, el cual se relaciona con alteraciones emocionales; también encontraron la presencia de la soledad no

deseada, donde un 40 % de los pacientes se vieron afectados en ambos casos en niveles significativos.

Por su parte, Villori et al. (2021) llevaron a cabo una investigación orientada al estudio del estado emocional en 623 pacientes que padecían de cáncer y recibieron sus atenciones en el Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP) de la capital de Chile. El estudio tuvo como objetivo el análisis de los constructos ansiedad y depresión sobre la base de los datos sociodemográficos y clínicos para conocer el grado de relación existente. Asimismo, la metodología empleada fue de diseño no experimental de tipo transversal, los instrumentos utilizados fueron el Protocolo Sociodemográfico y Clínico (ad hoc) y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). En los resultados se advierte que la ansiedad y depresión se hallan presentes en un 11,7 % y 5,3 %, respectivamente; de los cuales, en cuanto a las variables sociodemográficas, el género femenino tuvo una mayor incidencia a la depresión al igual que aquellos con educación media y personas mayores; mientras que la ansiedad estuvo asociada a los pacientes jóvenes. De tal forma este estudio resaltó a modo de conclusión la importancia de la búsqueda del bienestar emocional que repercute en una mejor calidad de vida para los pacientes.

A su vez, Faraci y Bottaro (2021) realizaron una investigación en un hospital público de Italia en el 2019 entre septiembre y diciembre con un total de 121 pacientes oncológicos. Su objetivo se basó en analizar la relación entre el apoyo social que los participantes perciben teniendo en cuenta su círculo social y familiar, y el bienestar psicológico, el estudio fue de tipo transversal. Asimismo, los resultados señalaron que los familiares y amigos interfieren de forma positiva sobre la variable optimismo, teniendo como resultado $\beta = 25$ para los familiares y $\beta = 25$, para los amigos; siendo más específicos los pacientes con niveles más altos de bienestar son aquellos que percibieron más cercanos a sus seres queridos, ya que la variable apoyo familiar es proporcional a la actitud positiva hacia la vida, y el apoyo de los amigos se

asoció con niveles altos de control personal y calidad de vida física. En este sentido, las conclusiones a las que las investigadoras arribaron resaltaron la importancia del apoyo e interacción social, entre pares, familiares y profesionales para mejorar las condiciones emocionales, atender las necesidades psicológicas y promover el enfoque biopsicosocial.

Mientras que Gutiérrez-Gómez et al. (2021) presidieron un estudio dirigido a conocer los factores emocionales que intervienen en el automanejo en 160 pacientes que padecían de cáncer, que recibieron atenciones en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Perú en los años 2016 y 2017. Asimismo, la investigación tuvo como objetivo identificar factores emocionales que sean de utilidad para predecir las conductas dirigidas al automanejo, el diseño del estudio fue transversal, predictivo, para el análisis de variables y datos se empleó el modelo de regresión lineal múltiple y el método escalonado. Los resultados significativos manifestados fueron los problemas para dormir y el estrés con una media de 5 puntos en un intervalo de 0 a 10 en el 50 % de la población, la presencia de trastorno depresivo un 65 % de los evaluados, de los cuales el 16,9 % y 13,8 % muestran síntomas moderados y moderadamente severos, respectivamente y en específico en la dimensión de automanejo impacto físico, emocional y social el puntaje medio fue de 18.53, que estuvo por debajo del puntaje de 24 que es el ideal. La investigación concluyó que los pacientes poseen un automanejo insuficiente por causa de factores emocionales referidos al estrés, dificultades para dormir y depresión.

A su turno, Okuma et al. (2021) integraron un estudio dirigido al análisis de la espiritualidad, la religión, el estrés negativo y las condiciones de vida en 100 pacientes que padecían de cáncer entre julio de 2016 y marzo de 2017 en la Universidad Federal de São Paulo/Hospital São Paulo (UNIFESP/HSP). El estudio tuvo como finalidad analizar la asociación entre el distress, la calidad de vida y la práctica espiritual y religiosa en pacientes oncológicos. Asimismo, la metodología fue caracterizada como transversal, descriptiva y

cuantitativa. En cuanto a los resultados obtenidos se resaltaron que el 40 % de los pacientes padecen de distress en niveles moderados a graves, entre la sintomatología más común se encuentra la preocupación, nerviosismo, tristeza con un 55 %, 42 % 36 %, respectivamente. También, encontraron que la estabilidad familiar, física y emocional son predictores de una baja angustia, una mejor calidad de vida y puntuaciones altas en la subescala de sentido y paz. Así, los investigadores concluyeron que la variable espiritualidad y religiosidad contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes, a disminuir la angustia, y promueve el bienestar espiritual.

Por su parte, Zamora (2019) ejecutó una investigación direccionada a conocer la situación emocional y satisfacción con los cuidados recibidos de 115 pacientes paliativos y sus familiares de un Hospital General Universitario, a partir de julio del 2016 hasta abril del 2018. El objetivo se basó en apreciar el malestar emocional y conformidad con la atención a la que tienen acceso tanto en los pacientes como en sus familiares, la metodología empleada fue la observacional, descriptiva transversal. Asimismo, los resultados en cuanto a los pacientes oncológicos manifiestan un 45.2 % de incidencia; de los cuales el 75 % presenta malestares emocionales moderados o severos, en cuanto a la sintomatología de depresión y ansiedad se halló una prevalencia de 40,4 % y 38,5 %, y con un 61 % de predictibilidad el malestar general. La investigadora concluyó que el malestar emocional prevalente es moderado o severo para los pacientes en cuidados paliativo y en cuanto a los familiares la ansiedad y sobrecarga se hicieron evidentes, por lo que sugiere el interés e intervención oportuna de los profesionales en ambas situaciones.

A su vez, Fernández et al. (2018) desarrollaron un estudio sobre el cáncer de mama y la comunicación. La muestra contó con doce mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de un rango de edad 43 a 55 años. La investigación tuvo como prioridad analizar la comunicación desde el diagnóstico entre madre e hijos, pareja. En cuanto a la metodología, se contó con un

diseño mixto, los instrumentos utilizados fueron la escala de comunicación familiar, así como una entrevista semi estructurada. Los resultados mostraron cierta variedad de acuerdo con la edad de los hijos, dio un resultado bajo cuando tienen menos de quince años. Concluye en que la comunicación ayuda en la forma en la que la familia se enfrenta a una nueva circunstancia, descartando situaciones de estrés, así como malestar.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Tello (2022) efectuó una investigación enfocada al análisis del soporte familiar y la afección depresiva en 153 pacientes mayores de edad que padecen de cáncer y reciben sus atenciones en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del Callao en el 2021. La finalidad del estudio fue el de resolver la asociación existente entre el apoyo familiar y la depresión en los participantes de la investigación. Asimismo, se utilizó metodología de índole cuantitativa, de diseño no experimental y de nivel descriptivo correlacional. Se concluye que el 45,10 % de los pacientes perciben niveles muy altos de apoyo familiar, el 58,82 % son conscientes del afecto que sus familiares; en cuanto a la depresión en los pacientes oncológicos se halló que 30,72 % y el 23,53 % presentan nivel grave y moderado, respectivamente y el 40,52 % posee niveles moderados en la escala de motivación. La conclusión del estudio refiere que las variables depresión y apoyo familiar se relacionan de forma inversa, por lo cual la investigadora recomienda promover el apoyo familiar e intervenir por medio de profesionales para disminuir los niveles de depresión en los pacientes oncológicos.

Mientras que Salazar (2021) estudió la índole de las atenciones paliativas y la conformidad de 103 pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo en los meses de marzo a diciembre del 2020. El objetivo de la investigación estuvo orientado a conocer la asociación entre la calidad de los servicios de cuidados paliativos brindados y la satisfacción de los usuarios. Asimismo, como metodología

es descriptivo-correlacional y se empleó el diseño transversal. Los resultados del estudio muestran que el 43,7 % de los pacientes oncológicos consideran como regular las atenciones recibidas, el 12,6 % no está satisfecho con las atenciones psicológicas ni el apoyo social, mientras que el 8,7 % 7,8 % calificaron estos servicios como malos. La investigación concluyó en que el apoyo psicológico tiene la mayoría de aceptación con un 77 % entre los pacientes mientras que el apoyo social está calificado casi en su totalidad como regular en un 90,3 %.

A su vez, Cabrera (2021) llevó a cabo el estudio orientado a la calidad de vida y las diferentes formas de hacer frente a la mastectomía y la neoplasia, en 62 pacientes que se hallan entre 31 y 65 años del Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores. El fin de la investigación radicó en el análisis de las discrepancias de la calidad de vida sobre la base de los estilos de afrontamiento que caracterizan a los pacientes. Asimismo, la metodología es de tipología sustantiva descriptiva, con un nivel descriptivo comparativo. Los resultados manifiestan que en cuanto al funcionamiento emocional las pacientes presentan mayor predisposición al estilo positivo en comparación al no definido con un rango promedio de 20.04 frente a 10.44. El autor concluyó que no se hallaron discrepancias que sean lo suficientemente relevantes entre la calidad de vida y los estilos de afrontamiento en las pacientes que integraron la investigación.

A su turno, García y Horna (2021) presidieron una investigación dirigida a los efectos emocionales de 201 pacientes oncológicos mayores de edad en el 2020 en un hospital del MINSA-de Lambayeque. Las autoras tuvieron como objetivo central detallar los estragos emocionales que la pandemia ha generado en los pacientes. Asimismo, la metodología del estudio fue calificada como observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; como instrumento se empleó la Escala de Malestar Psicológico de Kressler-10. Los resultados advirtieron que el 63.68 % de evaluados presentan malestar emocional y el género femenino fue el más afectado, en cuanto a la prevalencia de respuestas referidas como “muchas veces” y

“siempre”, se obtuvo una incidencia de 28,4 % y 4,5 % en el constructo cansancio; en esta misma línea, el 29,9 % y 10 % presentó nerviosismo; finalmente, el 26,9 % y 7 %, depresión. La conclusión de la investigación yacía en la pandemia como variable que intensificó los resultados encontrados.

Asimismo, Huamani y Arohuanca (2019) analizaron el significado de la vida, el cual fue trabajado con 100 personas tratadas en Iren Sur en Arequipa con diagnóstico de cáncer de un promedio etario de 48 años, buscaron distinguir la percepción sobre el significado de vida teniendo en cuenta información relacionada al tipo de cáncer, estadio en el que se encontraba entre otros. Concluyeron que los que se encuentran es un sentido medio y bueno son el 74 % y los que se encuentran en la neurosis o depresión noógena solo, en el 15 %.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Soledad

2.2.1.1. Perspectiva cognitiva

La soledad, de acuerdo con Ozawa-de Silva y Parsons (2020), no se limita a la experiencia personal de un grupo reducido de individuos, por el contrario, se extiende a toda la sociedad como una condición de vida evocando sus orígenes a la cultura, la adaptación y evolución. A ello agregan que los estudios que buscan explicar este fenómeno aluden a la carencia tanto de comprensión, como del sentido de vida y de las relaciones sociales negativas, en el que la construcción de pensamientos con base al análisis experiencial interfiere en la satisfacción del sujeto.

En esta misma línea, Buz (2013) menciona que el padecimiento relacionado con el sentimiento de soledad es la resolución de la evaluación cognitiva de las relaciones que se tienen y las expectativas personales de cada sujeto para con los vínculos que genera con su ambiente. Es así que la disonancia generada al contrastar ambos fenómenos dará como

resultado la percepción subjetiva de la soledad; por ende, la compañía física de otros individuos no necesariamente determina el sentimiento de soledad, sino la valoración cognitiva de los vínculos generados.

2.2.1.2. Perspectiva conductual

Cacioppo et al. (2013) refieren que la soledad ha evolucionado en el tiempo y sería un error definirlo solo sobre la base de la experiencia individual; es así que al buscar conocer cómo la soledad ha persistido en el tiempo y se ha adaptado, de ser experiencia aberrante, debido a que surgió como necesidad de supervivencia y protección, a la motivación instintiva de generar vínculos emocionales duraderos complejos que satisfacen las necesidades de intimidad, afectividad grupal, cuidado, confianza y cooperación. Por lo cual concluyeron que la soledad es un rasgo hereditario que evolucionó en el tiempo a modo de supervivencia, por lo que se encuentra estrechamente relacionada a su contexto y a los requerimientos de este.

A su vez, el origen de la soledad para Peplau y Perlman (1982) yace en dos acontecimientos: el primero alude a la pérdida de interacciones sociales satisfactorias a las que han estado acostumbrados los individuos indistintamente de las razones que estas las provoquen, mientras que la segunda tiene que ver con la necesidad y el deseo de interacciones sociales como parte de fomentar la complicidad, intimidad y apoyo, esta sobre la base de la etapa de desarrollo por la que el sujeto atraviese. Resaltan también que las características personales de cada individuo lo predisponen a la soledad; pues, de acuerdo con los autores, las personas solitarias suelen ser tímidas, introvertidas y, por lo general, reacias a tomar riesgos sociales, lo que a su vez genera que reduzcan su deseabilidad social, experimente interacciones sociales insatisfactorias debido a su falta de repertorio comportamental y se le sea difícil adaptarse a los cambios que surgen en sus relaciones sociales.

2.2.1.3. Perspectiva psiconalítica

Larson, Csikszentmihalyi y Graef (1982) refieren que la soledad es un concepto relacionado con el sufrimiento o insatisfacción; sin embargo, también es asociada a conceptos de madurez personal, autodescubrimiento y cristalización del *yo*, aun así, los autores aseveran que los individuos que se encuentran solos manifiestan bajos estado de ánimo que se incrementan al socializar. En cuanto a la soledad Winnicott (1958) enfatiza tomar este espacio a solas como una oportunidad de pasar de una situación aterradora a otra productiva.

Bowlby (1982) afirma que el no atender las necesidades emocionales primarias de los sujetos en la infancia y dejarlos solos desencadena inquietud para con sus relaciones vinculares por temor a repetir dicha experiencia desagradable, por lo que resalta la importancia de generar un estilo de apego seguro en las primeras etapas de vida, para que el sujeto tenga la oportunidad de internalizar figuras de apego confiables que le den seguridad; de lo contrario sus relaciones emocionales vinculares se tornan torpes, lo cual conlleva malestar, sufrimiento y distanciamiento emocional; afectando así la concepción de soledad y pertenecía social.

2.2.1.4. Modelo multidimensional de la Soledad de Robert S. Weiss

Weiss (1973) definió la soledad como las carencias de interacción social que genera en los individuos la percepción de aislamiento, que a la larga podría repercutir en una enfermedad crónica con sintomatología persistente que reduzcan las posibilidades de mejoría. Reafirma también que la experiencia de la soledad es un fenómeno normal si se hallan carencias relacionales importantes y significativas con otra persona. Por lo anterior, el autor propone una visión multidimensional para el constructo soledad, considerando la dimensión social y emocional para su evaluación, comprensión e intervención.

- a) Soledad social. De acuerdo con Weiss (1973), esta dimensión hace referencia al sentimiento de rechazo, aislamiento o marginación que presenta un individuo que

percibe distante a sus afines o grupo social, y que posee insuficientes o nulas relaciones interpersonales comunes con sus pares.

- b) Soledad emocional. Para Weiss (1973), este fenómeno se da cuando el sujeto carece de una interacción significativa e íntima que le otorgue seguridad, confianza y estabilidad que perdure en el tiempo por familiares, amigos o pareja; el autor resalta que este tipo de soledad trae consigo sentimientos negativos relacionados con la insuficiencia, inutilidad, poca deseabilidad para los que lo rodean, entre otros.
- c) Soledad familiar. Se dirige al sentimiento de no pertenencia o distancia afectiva para con los miembros de su núcleo familiar, por lo que el sujeto que lo padece experimenta insatisfacción y deseos de pertenencia a modo de comprensión, protección, integración, entre otros Di Tommaso et al. (1993, 2004).
- d) Soledad romántica. Es la carencia o insatisfacción de una relación íntima de índole romántico con otra persona, por lo que la aspiración y sufrimiento por tener una pareja o una mejor relación se halla presente, lo que genera sentimientos negativos de insatisfacción y falta de compañía Di Tommaso et al. (1993, 2004).

Mientras que DiTommaso y Spinner (1997) aseveran que la soledad social y emocional son diferentes, por lo que es de suma importancia una evaluación por separado; añaden que la soledad emocional engloba la familiar y romántica, es así que la indagación respecto a estas también se debe diferenciar para una mayor precisión en los resultados al analizar el constructo de la soledad.

A su vez, Russell et al. (1984) refieren que la soledad social y emocional se genera a causa de relaciones amicales y románticas insatisfactorias que a su vez se relacionan a modo de respuesta con un repertorio conductual y afectivo similar de experiencias negativas tanto en la soledad social como emocional.

2.2.2. Cáncer

El cáncer se desarrolla por la producción desenfrenada de células de nuestro cuerpo, que se pueden esparcir. El proceso de producción de células es algo que se desarrolla de forma natural en nuestro organismo, llamándose división celular, el cual se da por el envejecimiento, o daño de las células, teniendo que ser reemplazadas por nuevas células. Cuando las células dañadas, no logran ser eliminadas y al contrario de ellas se reproducen, siendo anómalo para el cuerpo, se obtienen tejidos abultados o comúnmente llamados tumores. Después de ello se debe determinar si son cancerosas o no (Instituto Nacional Cáncer [NIH], 2021).

Las células cancerosas se van expandiendo en tejidos cercanos a su producción, si estos se expanden aún más, se le llama metástasis. Por lo general, las células cancerosas se desarrollan en tumores; sin embargo, hay tipos de cánceres que no lo forman como lo es la leucemia. Las células no cancerosas cuando se retiran ya no vuelven a reproducirse en la mayoría de los casos, al contrario de las cancerosas (Instituto Nacional Cáncer [NIH], 2021).

Teniendo en cuentas estas especificaciones, debemos de saber que es necesario poder medir el cáncer, ver la etapa en la que se encuentra, comprender la gravedad y las probabilidades de sobrevivencia, para poder considerar el tratamiento adecuado, ya sea cirugía, radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia y de acuerdo con esto se puede observar la evolución del tratamiento.

El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el International Union for Cancer Control (UICC) proveen un sistema TNM para poder ver la etapa de ciertos cánceres de acuerdo con algunas normas: T: cuando se refiere a un tumor primario; N: cuando el cáncer ya se ha desarrollado a nivel de los ganglios linfáticos cercanos; M: cuando el cáncer se desarrolló y se ha propagado en otras partes del cuerpo, haciendo metástasis. (American Cancer Society [ACS], 2022). Una vez determinada la clasificación se puede hablar de la prognosis del

paciente, que por lo general cuando se encuentra en un grado menor su predicción es favorable para el paciente y el tiempo de vida, pero eso no determina todo, ya que hay factores externos que también van a influir en el pronóstico, para lo cual se involucra de forma multidisciplinaria a profesionales que velen por el bienestar del paciente, en el ámbito biológico, social y afectivo.

2.2.2.1. Sistema inmune y el cáncer

Existen diferencias entre las células cancerosas y normales, uno de los principales para esta investigación es que las células cancerosas se esconden en el sistema inmune, lo cual impide que puedan ser eliminadas por nuestro propio organismo e incluso, pueden lograr que sean protegidas por el sistema inmunológico (Instituto Nacional Cáncer [NIH], 2021).

Macfarlane (1950) reconoce a través de su experimento en ratones que el sistema inmune tiene como función el reconocer y eliminar células tumorales, antes que estas se puedan convertir en cancerosas, además de poder eliminarlas si se encuentran en menor cantidad, esto ha podido determinar a el sistema inmune como una herramienta para el tratamiento. Se pueden reconocer dos tipos de inmunidad, el innato y la adaptativa. El primero es propio de reacciones en primera fila contra infecciones, virus o bacterias. y el segundo está más relacionado con la respuesta contra tumores, teniendo a los linfocitos como agentes principales para una adecuada respuesta inmune.

2.2.2.2. Cómo influye el sistema inmune en las emociones

La psico-neuro-inmuno-endocrinología nos ayuda a poder entender la relación entre lo que sentimos y pensamos, tratando de comprender el funcionamiento integral de nuestro cuerpo. Las emociones y sentimientos desagradables (miedo, ira, frustración, odio, tristeza, melancolía, etc.), predisponen a la aparición de somatizaciones y enfermedades al debilitar el sistema inmune, aumentando la vulnerabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares,

afectando al sistema endocrino, al respiratorio y al gastrointestinal (Gomez-Diaz, et al, 2012 como se citó en Alameda, 2020).

2.2.3. Intensidad afectiva

La intensidad afectiva (IA) especifica las discrepancias individuales de cada ser humano en relación con el grado o intensidad de respuesta emocional; es así como a través de experimentos se afirma que la intensidad de cómo son percibidos tanto los afectos como emociones llega a ser independiente en referencia a la valencia, continuidad y grado de intensidad del estímulo al cual el sujeto es expuesto. Por otra parte, si nos referimos a diferencias individuales dentro de la intensidad afectiva se determinó la estabilidad en el tiempo y la constancia en diversos contextos situacionales (Campoy et al., 2002).

La intensidad afectiva se expresa sobre la base de diferencias individuales, conceptualizada en términos de la fuerza típica de capacidad de respuesta de un individuo. La evidencia se estudia sobre la base de la intensidad de respuesta afectiva y se generaliza por medio de categorías emocionales específicas. Se concluye en la presencia de una dimensión del temperamento general de la reactividad y variabilidad emocional. Por tal motivo, la intensidad afectiva está ligada a una variedad de características específicas de la personalidad, que contiene antecedentes identificables en la conducta desde la infancia y se relaciona con una amplia gama de consecuencias en la cognición, el afecto y la salud (Larsen y Diener, 1987).

2.2.3.1. Modelo de intensidad del afecto de Larsen y Ketelaar

Aborda a la extraversión y su relación significativa con el afecto positivo, y que este fenómeno se replica entre el neuroticismo y el afecto negativo. Es así que el modelo en mención toma como base la teoría de Gray (1981, en Chico, 2000) en el cual se alude a dos sistemas motivacionales de gran relevancia con base neurológica que estarían a cargo de las discrepancias emocionales entre neuroticismo y extraversión: Siendo estos el Sistema de

Activación Conductual, conocido por sus siglas (SAC), el cual regula a la conducta frente a la posibilidad de obtener una recompensa y el Sistema de Inhibición Conductual (SIC), el cual ajusta la conducta frente a la posibilidad de ser merecedor de un castigo. De acuerdo con este autor, altos nivel de extraversión se vincularían con una alta susceptibilidad a la posibilidad de obtener una recompensa (impulsividad). En esta misma línea, un alto nivel de neuroticismo estaría relacionado con una elevada susceptibilidad a la posibilidad de obtener una recompensa (impulsividad), del mismo modo una elevada susceptibilidad a aquellas las señales de castigo (ansiedad). De acuerdo con dicho modelo, se entiende que la extraversión se relacionaría positivamente con la intensidad emocional positiva, por otra parte, no habría conexión con la intensidad emocional negativa o con la intensidad emocional global.

Los factores presentes en la Escala de Intensidad Afectiva (Affective Intensity Scale) desarrollada por Larsen y Diener son los siguientes:

- a) *Afectividad positiva*. Refiere a aquellas emociones intensas como euforia, alegría, entusiasmo y felicidad. Se resalta que plasma reactividad como intensidad (Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria, 2000).
- b) *Intensidad negativa*. Abarca un extenso alcance de respuestas afectivas negativas tales como ansiedad, si se habla de un rasgo de personalidad distinguido por la inclinación a experimentar emociones displacenteras ligadas a la ansiedad, tensión y nerviosismo (Watson & Clark ,1984, como se citó en Martínez-Sánchez y Ortiz-Soria, 2000).
- c) *Serenidad*. Explica la vivencia del afecto positivo en referencia a la calma, mantenerse contento, paz, relajación (hipoactivación) y lo contrario a la activación o excitación (Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria, 2000).
- d) *Reactividad negativa*. Valora reacciones afectivas negativas a los estímulos que pueden encontrarse en el ambiente o a las situaciones, siendo estas respuestas la

tristeza, vergüenza, culpa y alteraciones fisiológicas (Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria, 2000).

2.2.3.1.1. Modelo de la regulación del arousal de la intensidad del afecto

Según Larsen y Diener (1987), las personas hacen uso de la intensidad de afecto a modo regulador con sus propios niveles de arousal para mantener un nivel preferido. Esta teoría menciona que la respuesta emocional intensifica funciones muy en el fondo de las personas el cual trabaja como mecanismo compensatorio para proceder a regular el grado de estimulación interna (arousal).

Desde hace tiempo se conoce que las personas difieren en la línea de base de sus niveles de excitación arousal, según Eysenck (1967, en Larse y Diener, 1987). Algunas aparentemente se encuentran en bajos niveles de arousal de la línea de base mientras que otros individuos sobrepasan de línea de base. Debido a que los individuos supuestamente se encuentran en la búsqueda de un nivel de arousal común, aquellos con bajo el nivel arousal buscarán fuertes formas de estimulación, mientras que aquellos que sobrepasaron el nivel arousal buscarán reducir al mínimo la estimulación. Se tiene en cuenta que esta teoría homeostática referente a la regulación arousal ya lleva tiempo en el campo de la teoría de la personalidad. Lo que es nuevo es sugerir que las respuestas emocionales podrían ser de uso como un recurso de estimulación, utilizado para poder equilibrar esas diferencias individuales en la línea de base del nivel arousal.

2.2.4. Definición de términos

2.2.4.1. Soledad

De acuerdo con el *Diccionario de Psicología APA*, la definición de este constructo está relacionado con el malestar que las personas sienten tanto a nivel emocional como cognitivo al experimentar el sentimiento de ausencia. Es así que la psicología cognitiva resalta la soledad

como consecuencias desagradables resultantes de la idealización de situaciones sociales deseadas en comparación a las deficiencias en calidad o cantidad que se mantienen.

Por su parte, la psicología social alude dicho concepto a la necesidad insatisfecha de compañía e intimidad con otro individuo al tener como premisa que el ser humano es un ser social. Mientras que la psicología humanista divisa a la soledad como una vivencia difícil de atravesar por tener entre sus características el ser una experiencia dolorosa e inevitable, pero que a su vez representa una oportunidad de crecimiento pues posibilita tener una mayor conciencia a nivel personal y la reinención o renovación (American Psychological Association [APA], 2023).

2.2.4.2. Intensidad afectiva

En referencia a este término, se especifica lo diferente y única que llega a ser la intensidad de una respuesta emocional; a través de experimentos se han podido afirmar que el grado de intensidad con la que llegan a ser percibidos los afectos y emociones son independientes sobre la base de la valoración, intensidad y frecuencia de aquellos estímulos que las liberan. Por otra parte, si hablamos de diferencias individuales dentro de la intensidad afectiva se determina que llegan a ser firmes en el tiempo y consistentes en diversas circunstancias (Diener y Larsen, 1984; Larsen et al., 1986).

2.2.4.3. Cáncer

Es una enfermedad producto de las alteraciones en un grupo de células del cuerpo, que al expandirse sin control, sin un orden y en diferentes direcciones generan un abultamiento denominado tumor, este proceso se manifiesta en todos los tipos de cáncer a excepción de la leucemia; si dicho tumor no se interviene o se somete a un tratamiento puede expandirse y provocar más daños al organismo (World Cancer Day, 2023).

Cabe aclarar que los tumores se caracterizan por dos condiciones, los benignos que por su tamaño pueden generar malestar, el cual es aliviado luego de su extirpación; y los malignos, los cuales tienen la cualidad de expandirse o reaparecer lo que genera malestar; los tumores malignos nacen de células anómalas o dañadas que se diseminan en los tejidos aledaños y en algunos casos pueden viajar lo que genera metástasis (National Cancer Institute [NCI], 2021).

2.2.4.4. Cuidados paliativos

Es la atención integral o global que se ofrece a pacientes que padecen de enfermedades graves como el cáncer; y tiene como objetivo intervenir en los pacientes para proporcionarles una mejor calidad de vida, con o sin intención de curar la enfermedad; como se mencionó la atención en cuidados paliativos busca intervenir a nivel psicológico, físico, social y fisiológico (Instituto Nacional Cáncer [NIH], 2021).

Se dice también que es un enfoque particular para el cuidado de individuos que padecen de enfermedades severas, por lo que se busca disminuir la sintomatología propia de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento, para así proporcionarle al usuario una vivencia de calidad en tanto sea posible. Se resalta que para este tipo de cuidados no existe una restricción de edad u otros, la única condición que es necesaria es que la sintomatología de acuerdo con la pericia de los expertos deba ser controlada (American Cancer Society, 2019).

En esta misma línea, representa una ayuda para los familiares de los pacientes que presentan enfermedades que tienen como característica ser potencialmente mortales, por lo que abarcan la prevención y la tranquilidad por medio de la intervención temprana de los especialistas de las diversas disciplinas que buscan promover el bienestar holístico. Sobre la base de las estimaciones producto del envejecimiento y el incremento de las enfermedades a nivel mundial 40 millones de individuos anualmente precisan de cuidados paliativos, por lo

que se espera mejorar las instituciones de salud y el personal para poder hacer frente a dicha realidad de la mejor manera posible (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2023).

De acuerdo con Bruera (2021), quien es considerado uno de los mayores activistas y referentes de los cuidados paliativos, la educación y la aplicación de cuidados paliativos en los pacientes buscan disminuir tanto el dolor físico como el malestar emocional; es así que resalta la importancia del manejo de sufrimiento humano para mejorar la estadía de vida del paciente, y la necesidad de visibilizar y contribuir en el crecimiento de una cultura de cuidado humanitario, acogiendo todos los aportes que contribuyan a mejorar el manejo de los pacientes paliativos.

2.2.4.5. Psicooncología

Es la disciplina que inició a mitad de los setenta, ya que fue en aquella época cuando se rompió la barrera para informar sobre el diagnóstico y dar pase a discutir con los pacientes de las implicancias del cáncer en sus vidas. Lo que conocemos hoy en día como psicooncología, es un área independiente en la cual los pacientes que han sido diagnosticados y se encuentran recibiendo tratamiento oncológico plantean problemas que implican dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación en diversos contextos de la vida diaria (Robert et al., 2013).

La psicología oncológica representa un progreso en el área de la salud, debido a que propicia la comprensión del cuerpo y la mente, posicionándose como una herramienta crucial para promover la calidad de vida de los pacientes y teniendo entre sus bondades la adherencia terapéutica, la mejora de síntomas físicos, emocionales, con intervenciones y evolución a nivel social, espiritual, existencial, entre otros (Lang-Rollin y Berberich, 2018).

La fundadora de la rama de la psicooncología, la doctora Holland (2017) resalta la importancia de la intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de neoplasia, debido a que las características sintomatológicas de la enfermedad generan en los pacientes alteraciones

emocionales y cognitivas. Por lo cual, la autora resalta la importancia de contribuir en el refinamiento y mejora de las intervenciones psicológicas que busquen aliviar el malestar por medio de la interacción humanitaria y cordial, pues los retos del paciente oncológico también implican el confrontar sus emociones y pensamientos.

El Dr. Santiago Banqué del Departamento de Psicooncología del Institute of Oncology Hospital Quirónsalud Barcelona nos recuerda que la intervención psicológica a pacientes oncológicos es de suma importancia, ya que implica atender las necesidades emocionales que surgen producto de la situación por la que atraviesan, y que el paciente mantenga o recupere la calidad de vida que perdió, por medio de técnicas que lo ayuden a superar los distintos síntomas cognoemocionales que le aquejan, y lograr recuperar sus capacidades funcionales y emocionales por medio del autocuidado y apoyo profesional (Banqué, 2021).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipología básica, pues tiene la característica de aportar saberes y conocimientos a la ciencia por medio del recojo y análisis de datos desde una perspectiva crítica como lo mencionan Hernández-Sampieri et al. (2014). En esta misma línea, Arias & Covinos (2021) resaltan que la investigación de tipo básica o pura tiene como finalidad ser un predecesor teórico para investigaciones futuras.

A ello se añade que Ñaupas et al. (2018) subdividen la investigación de tipo básica en niveles, por lo cual el trabajo en mención se especifica en el nivel descriptivo o nombrado también de diagnóstico, pues se recopilan datos que enriquezcan los conocimientos de las variables y actores estudiados. Por lo que se busca conocer la relación existente entre la soledad social y la intensidad afectiva que presentan los pacientes oncológicos que se encuentran en la división de cuidados paliativos. El enfoque del estudio es cuantitativo, pues para Hernández-Sampieri et al. (2014), esta se caracteriza por la medición numérica o concreta de las variables por diversos métodos e instrumentos, en caso nuestro por medio de las pruebas psicométricas para su posterior tratamiento estadístico.

3.2. Nivel de Investigación

El nivel apropiado para la investigación que se lleva a cabo es correlacional, pues el objetivo es conocer cómo actúan las variables en presencia de la otra, es decir, al asociarlas o relacionarlas, inhibiendo la importancia de una variable sobre la otra, como lo mencionan Arias & Covinos (2021). Cabe resaltar que de acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2014), este nivel de investigación se da por el interés de obtener la relación entre variables, para lo cual se estudian las variables, en primer lugar, por separado para después analizarlas en conjunto con

el fin de hallar el grado de vinculación y así tener la posibilidad de predecir su asociación. En este caso, entre la soledad y la intensidad afectiva que presentan los pacientes oncológicos que se encuentran en la división de cuidados paliativos.

3.3. Diseño de Investigación

El diseño empleado para el presente estudio es el no experimental, pues se tuvo en cuenta que, para Hernández-Sampieri et al. (2014), este tipo de diseño tiene como característica principal que las variables son estudiadas en su entorno natural; es decir, son no manipulables, no se concibe la intención de alterar o provocar un estímulo para generar una respuesta. El diseño en mención se bifurca en dos, teniendo en cuenta el tiempo en el que el estudio se llevará a cabo, por tanto, se optó por el transeccional o denominado también transversal, pues, en concordancia con el autor, los datos y/o información se recauda en un lapso específico y se añade la peculiaridad de que este tiempo sea reducido.

Del mismo modo para Arias & Covinos (2021), el diseño no experimental busca que los participantes se encuentren libres de sesgos para la recolección de información fiable y en cuanto a la tipología transversal, denominado anteriormente transeccional, los autores resaltan la característica para recolectar los datos en una sola instancia, como se da en la presente investigación al buscar la relación entre la soledad y la intensidad afectiva que presentan los pacientes oncológicos que se encuentran en la división de cuidados paliativos.

3.4. Población

De acuerdo con Arias (2016), la población puede ser un cúmulo de seres finitos o infinitos sobre la base de la presencia o ausencia del registro de su existencia; por lo cual, para la investigación actual, la población tiene la cualidad de ser finita sobre la base de la delimitación local y característica médica que se realizó. De igual manera para Lerma et al. (2009), la población es el total de sujetos que comparten rasgos similares que puedan ser

estudiadas sobre la base de las especificaciones que requiere la investigación. Es así que la población está conformada por 150 pacientes oncológicos de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro ubicado en la provincia de Concepción en el presente año.

3.5. Muestra

Teniendo como base a Arias (2016), la muestra es la reducción de los integrantes de la población a la cual se tiene acceso, pues dicha acción resulta asequible para la investigación y posee la característica de que la información recaudada es inferible. Así mismo para Hernández-Sampieri et al. (2014), la muestra alude a la identificación de cierta cantidad de sujetos de toda la suma poblacional, cantidad que debe ser relevante, pues ellos serán los protagonistas para la obtención de datos, que posteriormente serán analizados para conseguir resultados significativos que puedan ser generalizados a la población. Bajo dicho precepto en esta investigación la muestra está conformada por 150 pacientes oncológicos que se encuentran en la división de cuidados paliativos.

3.6. Muestreo

En la investigación se ejecutó un muestreo censal, ya se emplea a todos los integrantes del universo o población de la investigación, por lo que la muestra llega a ser la porción de la población (Hernández-Sampieri et al., 2014). En esta misma línea, este tipo de muestreo es empleado sobre la base de la capacidad de la investigación para evaluar a toda la población (Ñaupas et al., 2014); que para el caso vendrían a ser 150 pacientes oncológicos que se encuentran en la división de cuidados paliativos.

3.7. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se consideraron para la investigación son los siguientes:

- Pacientes mayores de dieciocho años.

- Pacientes de ambos sexos.
- Usuarios que voluntariamente participen de la encuesta.
- Pacientes con diagnóstico oncológico que acuden a la unidad de cuidados paliativos.

Los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta para la investigación son los siguientes:

- Pacientes menores de dieciocho años
- Pacientes que no tienen un diagnóstico oncológico y por ende no acuden a la unidad de cuidados paliativos.
- Usuarios que no deseen participar de la encuesta.

3.8. Técnicas e Instrumentos

Para esta investigación se utilizó la técnica de la encuesta para las variables del estudio, en las cuales se realiza una serie de preguntas para obtener una determinada información (Hernández-Sampieri et al., 2014). Los instrumentos de aplicación tienen respuestas múltiples, las cuales se administraron de forma física, los instrumentos mencionados pertenecen a las escalas de tipo Likert, pues poseen características de tener más de dos opciones a las que se les asignan valores numéricos y que tienden a pasar de posibles respuestas favorables a desfavorables (Hernández-Sampieri et al., 2014).

También se evaluó la validez de las pruebas, para lo cual se optó por el juicio de expertos, quienes son profesionales cualificados con la capacidad de analizar y dar un veredicto crítico, lo que permite ratificar si el instrumento de medición evalúa el objetivo del constructo (Hernández-Sampieri et al., 2014). El análisis estadístico empleado para el juicio de expertos fue el coeficiente V de Aiken, el cual permite identificar el grado de relevancia en contraste con el análisis de contenido hecho por expertos (Aiken, 1985).

En cuanto a la evaluación de confiabilidad, se busca verificar si las escalas bajo los mismos fenómenos y condiciones son capaces de replicar resultados congruentes (Hernández-Sampieri et al., 2014). Para esto, los autores sugieren emplear la prueba estadística de fiabilidad Alfa de Cronbach.

Fichas técnicas de los instrumentos

Ficha Técnica de la Escala de soledad social y emocional

Nombre de la prueba: Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SESLA-S).

Nombre original: Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SESLA-S).

Autor: DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A. (2004).

País: Canadá

Adaptación peruana: Rivasplata, J. D. (2021)

Administración: Individual y colectivo

Edad de aplicación: 18 a 65 años

Duración de aplicación: 10 a 15 minutos aproximadamente

Confiabilidad: Teniendo en cuenta las dimensiones, la confiabilidad por Alfa de Crombach de entre .730 y .814, lo cual indicaría una muy alta confiabilidad.

Validez y confiabilidad del instrumento de medición: Con la finalidad de incrementar la credibilidad del instrumento para con la muestra investigada se procedió someter la escala de Soledad social y emocional a una evaluación por juicio de expertos y al estudio de prueba piloto, y se obtuvo lo siguiente:

Tabla 3

Validez de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S)

N.º de Ítems	N.º de expertos	Coeficiente V de Aiken		
		Por criterio	Por escala Total	
40	6	Suficiencia	0.995	0.992
40	6	Claridad	0.982	
40	6	Coherencia	0.995	
40	6	Relevancia	0.995	

La aplicación de la fórmula del coeficiente de V de Aiken dio como resultados un coeficiente de 0,992, el cual representa un 99 % de aceptación del contenido del instrumento en cuestión, aseverando así la validez del instrumento de medición con base al juicio de 6 jueces expertos (Anexo 5), quienes ratificaron la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia.

Tabla 4

Confiabilidad de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S)

		N	%
Casos	Válido	15	100
	Excluido ^a	0	.0
	Total	15	100
Alfa de Cronbach		N de elementos	
0.890		15	

* $0.8 \leq \alpha < 0.9$ -Muy alto

Se aplicó el instrumento a 15 pacientes con diagnóstico oncológico, los cuales representan el 10 % de la muestra. Es importante resaltar que el instrumento está conformado por 15 ítems, el resultado obtenido, tras la aplicación de la prueba estadística de fiabilidad Alfa de Cronbach, fue de 0.890, refiriendo así un nivel muy alto de confiabilidad. En conjunto es dable aseverar que la escala de Soledad social y emocional (SELSA-S) es válida y confiable.

Ficha Técnica de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen

Nombre: Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM).

Autor: Larsen, R. J. (1984).

Procedencia: Inglaterra

Adaptación Peruana: Hebert Gilbert Gómez Maldonado (2018).

Administración: Individual y colectiva.

Duración: 20' y 30'

Aplicación: 16 años en adelante.

Confiabilidad: Alfa de Crombach de .83 que indica un índice de confiabilidad elevado.

Validez y confiabilidad del instrumento de medición: con la finalidad de incrementar la credibilidad del instrumento para con la muestra investigada, se procedió someter la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM) a una evaluación por juicio de expertos al estudio de prueba piloto, y se obtuvo lo siguiente:

Tabla 5

Validez de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM)

N.º de Ítems	N.º de expertos	Coeficiente V de Aiken		Por escala Total
		Por criterio		
40	6	Suficiencia	1	0.984
40	6	Claridad	0.940	
40	6	Coherencia	0.997	
40	6	Relevancia	1	

La aplicación de la fórmula del coeficiente de V de Aiken dio como resultado un coeficiente de 0,984, el cual representa un 98 % de aceptación del contenido del instrumento

en cuestión, aseverando así la validez del instrumento de medición con base al juicio de 6 jueces expertos (anexo 5), quienes ratificaron la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia.

Tabla 6

Confiabilidad de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM)

		N	%
Casos	Válido	15	100
	Excluido ^a	0	.0
	Total	15	100
Alfa de Cronbach		N de elementos	
0.833		40	
* $0.8 \leq \alpha < 0.9$ -Muy alto			

Se aplicó el instrumento a 15 pacientes con diagnóstico oncológico, los cuales representan el 10 % de la muestra. Es necesario resaltar que el instrumento está conformado por 40 ítems, el resultado obtenido tras la aplicación de la prueba estadística de fiabilidad Alfa de Cronbach fue de 0.833, refiriendo así un nivel muy alto de confiabilidad. En conjunto es dable aseverar que la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM) es válida y confiable.

3.9. Procedimiento

En primer lugar, se organizó una cita con la encargada del área de investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro (IREN CENTRO) del distrito de Concepción, ciudad donde se solicitó los requisitos necesarios para desarrollar la investigación. En seguida, se entregaron los requisitos y proyecto donde se esperó el permiso para el desarrollo del estudio en el área de cuidados paliativos. Después de ello, se presentó el proyecto para la evaluación del Comité de Ética de la Universidad Continental esperando su aprobación. Tan pronto como se obtuvo el beneplácito, se acudió al área de cuidados paliativos donde se tuvo en cuenta las recomendaciones al momento de interactuar con los pacientes, se explicó de manera personal a cada usuario sobre el estudio; cabe enfatizar que la participación contó con

un documento de consentimiento informado, posteriormente se procedió con la aplicación de la escala de soledad social y emocional para adultos (SESLA-S) y la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen. Después se procesaron los datos obtenidos a nivel estadístico y finalmente se procedió con el análisis e interpretación de los resultados.

3.10. Análisis de datos

En cuanto al tratamiento de la data por medio del análisis estadístico; en primera instancia se requirió evaluar la validez de los instrumentos de medición por medio del análisis de criterio de expertos, para lo cual se empleó el Coeficiente V de Aiken. Posteriormente, la evaluación de la confiabilidad de las pruebas psicométricas se llevó a cabo luego de la aplicación de la prueba piloto por medio del estadístico alfa de Cronbach. Prontamente se analizaron los datos recogidos por los instrumentos psicométricos Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SESLA) y Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM) para determinar si los datos pertenecen a una estadística paramétrica o no paramétrica, se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, al determinar que los datos no tienen una distribución normal, se procedió a utilizar el estadístico no paramétrico rho de Spearman para el tratamiento de datos estadísticos correlacionales. Es así como se procedió a la contrastación de hipótesis y la regla de decisión con base al porcentaje de significancia; cabe resaltar que para los procedimientos estadísticos mencionados se emplearon el programa de procesamiento IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0 y la hoja de cálculo de Microsoft Excel, versión 2021 (18.0).

3.11. Aspectos éticos

Con la finalidad de garantizar el bienestar de los participantes en la investigación se tomó en cuenta la autonomía por medio del consentimiento informado. A ello se le añade que se consideró lo siguiente:

- **Integridad científica.** Se empleó la metodología de forma responsable, ya que nos adherimos a los valores y buenas prácticas del quehacer científico por medio de la transparencia y justicia.
- **No existe conflicto de intereses.** Nuestro juicio profesional no se vio afectado por intereses externos, como aspectos financieros o de otros fines que perturben a la investigación.
- **Buena práctica científica** Se tuvo en cuenta la importancia de conducirse con responsabilidad en todo el proceso de la investigación; por lo cual se evitaron conductas que interfirieran en una praxis científica responsable.
- **Plagio o autoplagio.** Se reconoce el mérito de los trabajos realizados por los autores que anteceden a la investigación, por lo cual se utilizaron citas para valorar su autoría y la información plasmada en el estudio sea veraz.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

A continuación, se presentan el análisis de normalidad y los resultados arribados por la investigación de las variables sociodemográficas y aquellas que son el foco del estudio, como la soledad e intensidad afectiva con sus respectivas dimensiones; posteriormente, se muestran las contrastaciones de las hipótesis inferenciales, para culminar con la discusión de los datos obtenidos tras el tratamiento estadístico y análisis de datos.

Prueba de normalidad. Para poder conocer la característica de distribución de la data de la investigación se procedió a aplicar la prueba de Kolmogórov-Smirnov, tiene la cualidad de extraer información de los participantes del estudio y por medio de la estadística inferencial determinar la concordancia de distribución para conocer la tipología de pruebas que se deben aplicar en el tratamiento de datos (García et al., 2010).

Tabla 7

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

	Estadístico	gl	<i>p</i>
Soledad general	0.356	150	<.001
Intensidad afectiva	0.358	150	<.001
Soledad familiar	0.327	150	<.001
Soledad romántica	0.242	150	<.001
Soledad Emocional	0.259	150	<.001
Soledad social	0.265	150	<.001
Afectividad positiva	0.314	150	<.001
Serenidad	0.255	150	<.001
Rectividad negativa	0.303	150	<.001
Intensidad negativa	0.271	150	<.001

* H0: Los datos tienen una distribución normal.

* Hi: Los datos no tienen una distribución normal.

De acuerdo con la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, los constructos soledad e intensidad afectiva y sus dimensiones, soledad familiar, soledad romántica, soledad emocional, soledad social, afectividad positiva, serenidad, reactividad negativa e intensidad negativa presentan un cálculo de significancia de p valor $<.001$. Aceptando así la hipótesis alterna de que los datos no presentan una distribución normal, por lo que el tratamiento estadístico sugerido son las pruebas no paramétricas; por ende, la investigación empleará el rho de Spearman para el tratamiento de datos estadísticos correlacionales.

4.2. Resultados Sociodemográficos

Tabla 8

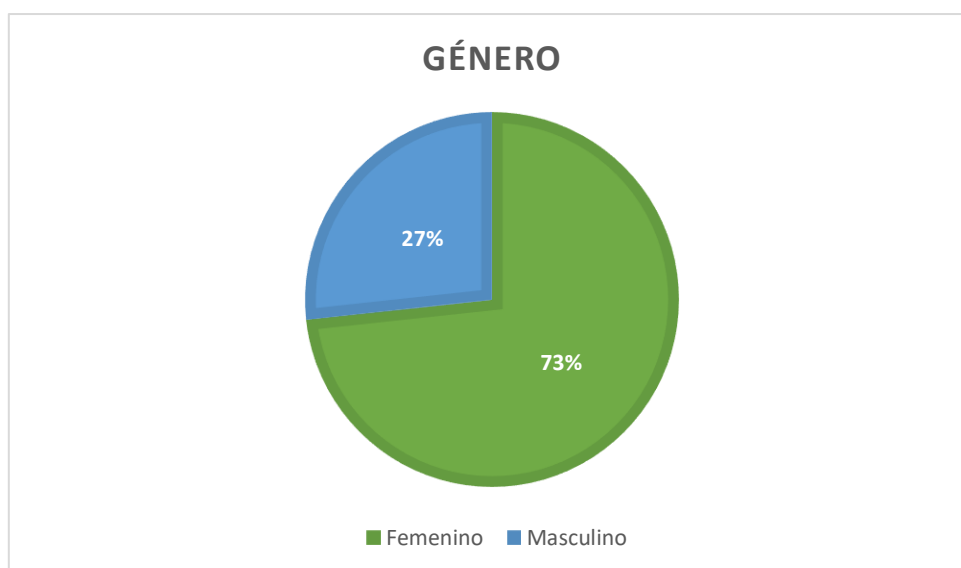
Característica sociodemográfica-género

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	110	73.3
Masculino	40	26.7
Total	150	100

Podremos observar que, de las personas encuestadas, 110 (73,3 %) pertenecieron al sexo femenino, mientras que un 40 (26,7 %) fueron del sexo masculino.

Figura 1

Característica sociodemográfica-género



Se distingue que la mayoría de los pacientes de cuidados paliativos encuestados fueron del sexo femenino con un 73,3 %, frente a un 26,7 % de pacientes de sexo masculino.

Tabla 9*Característica sociodemográfica-edad*

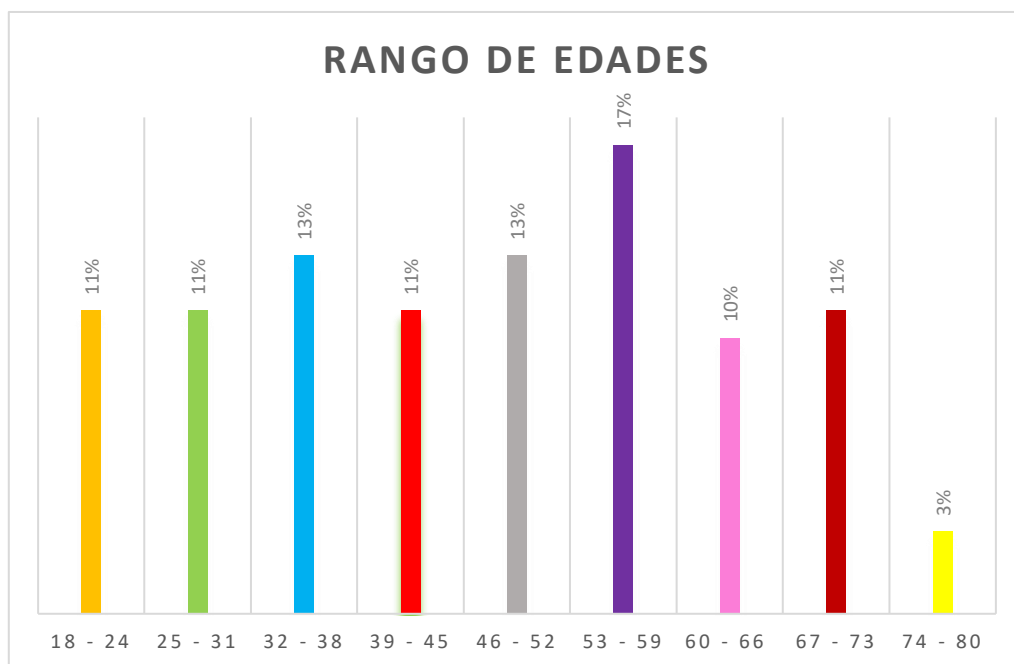
Rango de edades		Porcentaje
18-24	16	11 %
25-31	17	11 %
32-38	19	13 %
39-45	16	11 %
46-52	19	13 %
53-59	26	17 %
60-66	15	10 %
67-73	17	11 %
74-80	5	3 %
Total	150	100 %

En referencia al rango de edades se considera el total de encuestados, siendo 150 personas, quienes son pacientes de cuidados paliativos con edades desde 18 a 77 años, en cuanto al rango sería el mismo: $77-18 = 59$ años. Por lo que se hace uso de la regla de Sturges ($1 + 3.322 \log 150 = 9$), es así como el intervalo sería $59 / 9 = 6.556$, al ser redondeado es 7. Por lo tanto, se agrupan los datos en 9 clases con intervalo de 7 años cada una tal y como se aprecia en la previa tabla.

En el primer rango de 18 a 24 años, se tuvo 16 encuestados. En el segundo rango de 25 a 31 años se tuvo 17 personas. En el tercer rango, de 32 a 38 años, fueron 19 los encuestados. En el cuarto rango, de 39 a 45 años, se tuvo a 16 personas. En el quinto rango de 46 a 52 años, fueron 19 encuestados. En el sexto rango de 53 a 59 años, se tuvo a 26 personas. En el séptimo rango de 60 a 66 años, se tuvo a 15 encuestados. En el octavo rango de 67 a 73 años, se tuvo a 17 personas. Por último, en el noveno rango de 74 a 80 años, se tuvo a 5 encuestados.

Figura 2

Característica sociodemográfica-edad



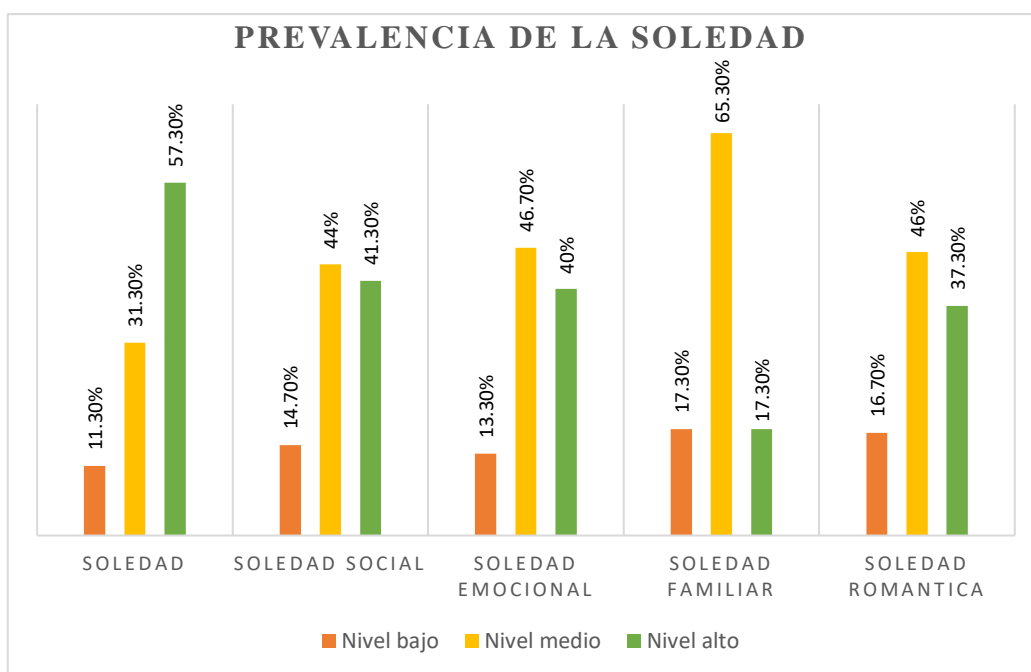
Se evidencia el porcentaje para cada rango de edad de los encuestados. En el primer rango de 18 a 24 años, se tiene un 11 %. El segundo rango de 25 a 31 años se encuentra con un 11 %. En el tercer rango, de 32 a 38 años, se tuvo un 13 %. Para el cuarto rango, de 39 a 45 años, se tuvo 11 %. El quinto rango de 46 a 52 años señala un 13 %. El sexto rango de 53 a 59 años, se encuentra con 17 %. Para el séptimo rango de 60 a 66 años, se tiene 10 %. En cuanto al octavo rango de 67 a 73 años, se estima 11 %. Y, por último, el noveno rango de 74 a 80 años se encuentra con 3 %.

4.3. Resultados Descriptivos

Prevalencia de la soledad

Figura 3

Incidencia de la soledad



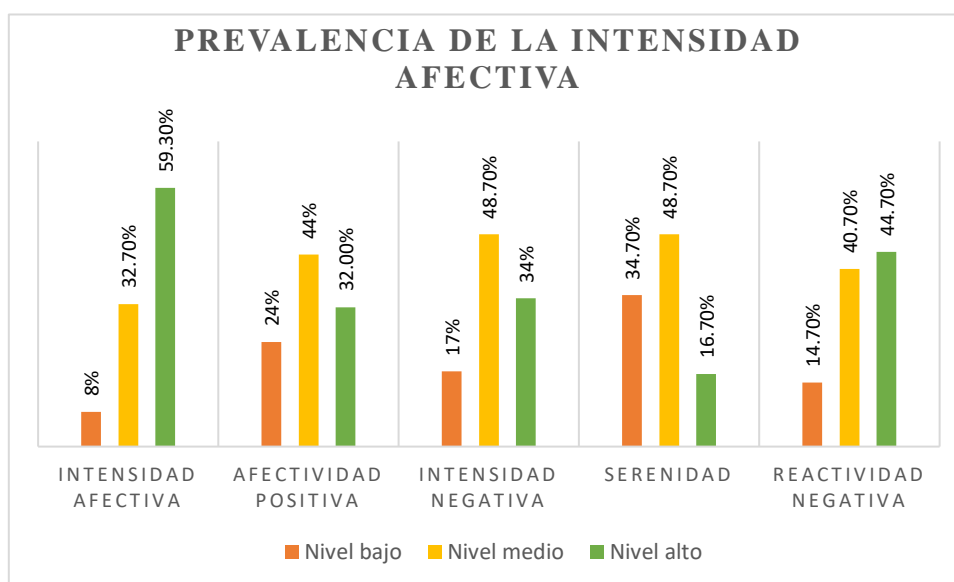
En cuanto a los porcentajes preponderantes se encontró que la soledad se presenta en más de la mitad de los pacientes de la unidad de cuidados paliativos que participaron en la investigación con un 57.30 % en un nivel alto; mientras que en la soledad social, emocional,

familiar y romántica predominaron en el nivel medio con un 44 %, 46.7 %, 65.3 % y 46 % respectivamente.

Prevalencia de la intensidad afectiva

Figura 4

Incidencia de la intensidad afectiva



En cuanto a los porcentajes preponderantes se encontró que la intensidad afectiva se presenta en más de la mitad de los pacientes de la unidad de cuidados paliativos que participaron en la investigación con un 59.30 % en un nivel alto. En esta misma línea, la afectividad positiva y la reactividad negativa predominaron en el nivel alto con un 44 % y un 44.7 % respectivamente; mientras que para la intensidad negativa y serenidad el nivel medio resaltó con un 48,7 %.

Contrastación de hipótesis. Sobre la base de las características de la investigación para el presente apartado se emplea el coeficiente de correlación de Spearman para pruebas no paramétricas; con la finalidad de conocer la dependencia estadística de las variables estudiadas, es decir el grado y la dirección de la asociación (Bartholomew, 1995).

Regla de decisión. El estadístico utilizado para determinar el valor de probabilidad, conocido como p valor, nos indica que el margen de error admisible para una investigación no puede superar el 5 %. Por ende, el intervalo de significancia es representado por la ecuación: $0.001 \leq p \leq 0,05$; que a nivel porcentual nos dice que los resultados obtenidos son significativos si p valor toma valores del 99 % al 95 % (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Correlación entre soledad e intensidad afectiva

- Objetivo general. Establecer la relación entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- H_1 : Existe una relación significativa entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- H_0 : No existe una relación significativa entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 10

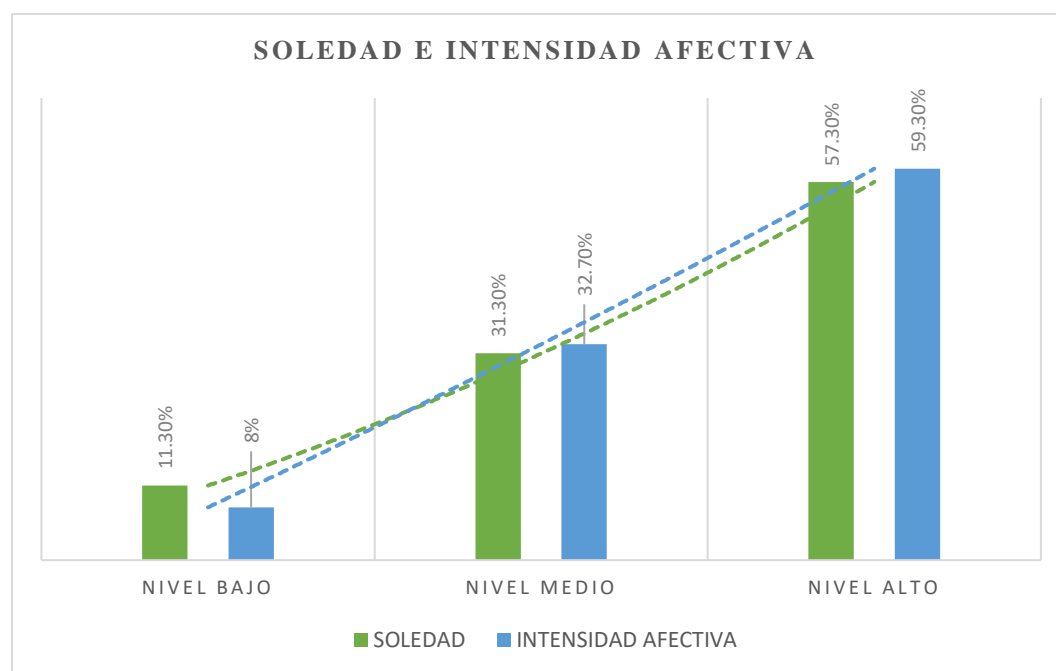
Correlación entre soledad e intensidad afectiva

	Coeficiente de correlación	.706**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 5

Correlación entre soledad e intensidad afectiva



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre soledad e intensidad afectiva; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.706, se afirma que la relación entre las variables es directa y de grado alto. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva alta entre soledad e intensidad afectiva en los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad social y afectividad positiva

- Objetivo específico 1. Identificar la relación entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- H_1 : Existe una relación significativa entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- H_0 : No existe una relación significativa entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

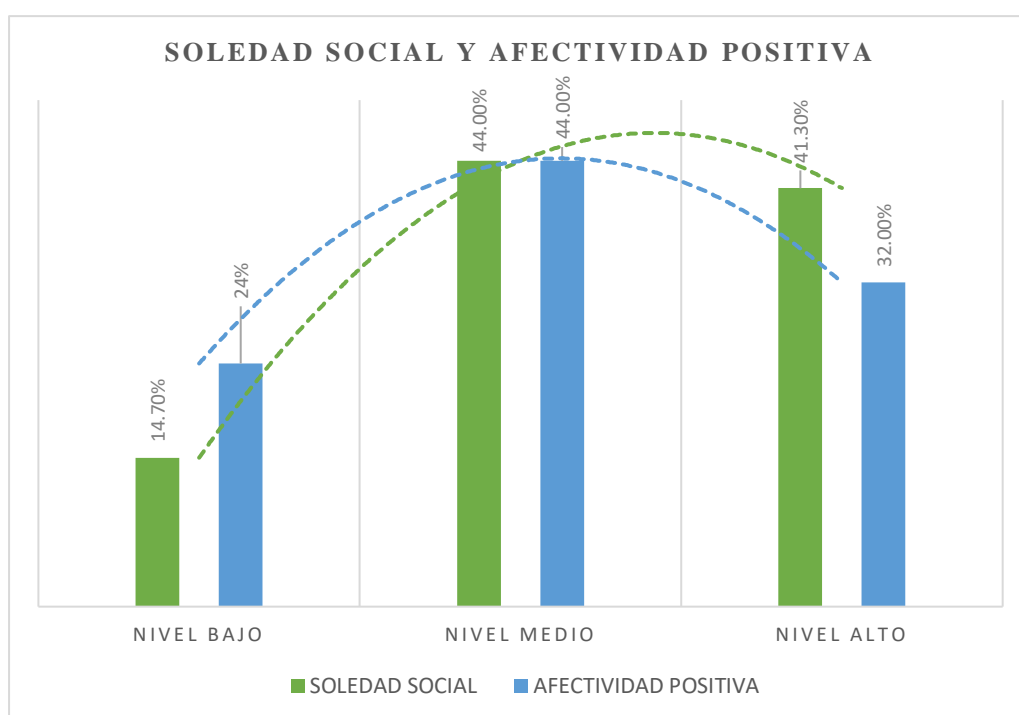
Tabla 11

Correlación entre soledad social y afectividad positiva

	Coeficiente de correlación	.062*
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	.455
	N	150

Figura 6

Correlación entre soledad social y afectividad positiva



Con una significancia de p valor calculado al 0.455 y teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.062, se halló una correlación muy baja, rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula, la cual refiere que no existe una relación significativa entre la soledad social y afectividad positiva de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad social e intensidad negativa

- Objetivo específico 2. Identificar la relación entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- H_i : Existe una relación significativa entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- H_0 : No existe una relación significativa entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 12

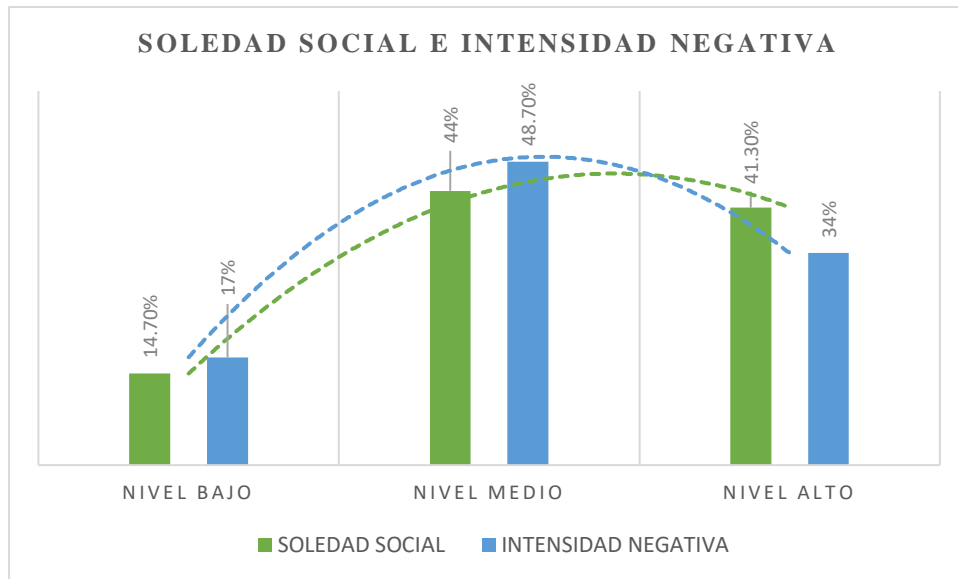
Correlación entre soledad social e intensidad negativa

	Coeficiente de correlación	.223**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	0.006
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 7

Correlación entre soledad social e intensidad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.006 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad social e intensidad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.223, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado muy bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva muy baja entre la soledad social e intensidad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad social y serenidad

- Objetivo específico 3. Identificar la relación entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- H_1 : Existe una relación significativa entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- H_0 : No existe una relación significativa entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 13

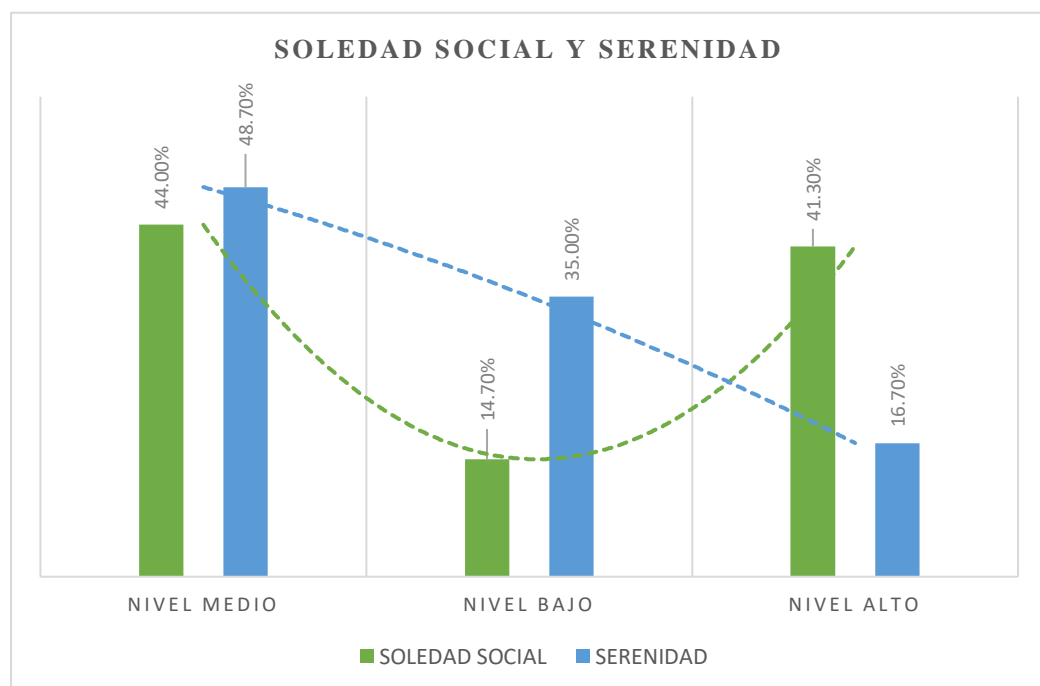
Correlación entre soledad social y serenidad

	Coeficiente de correlación	$r = .270^{**}$
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

****** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 8

Correlación entre soledad social y serenidad



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad social y serenidad; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de -0.270, se afirma que la relación entre las dimensiones es inversa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación negativa baja entre la Soledad Social y Serenidad de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad social y reactividad negativa

- ✓ Objetivo específico 4: identificar la relación entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 14

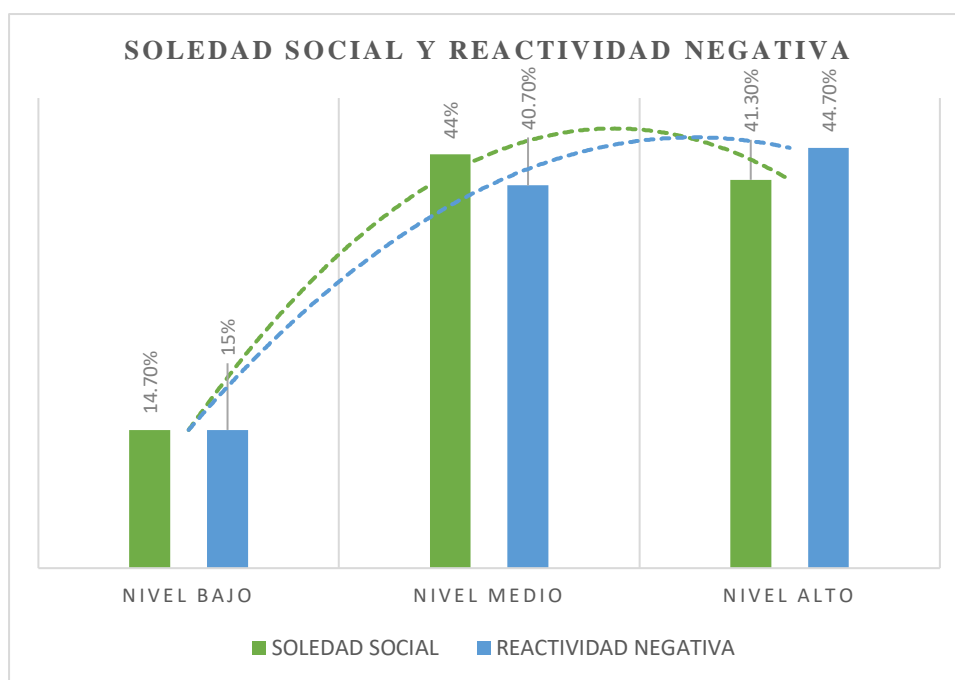
Correlación entre soledad social y reactividad negativa

	Coeficiente de correlación	.615**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = <i>p</i>	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 9

Correlación entre soledad social y reactividad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad social y reactividad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.615, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado moderado. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva moderada entre la soledad social y reactividad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad emocional y afectividad positiva

- ✓ Objetivo específico 5: identificar la relación entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

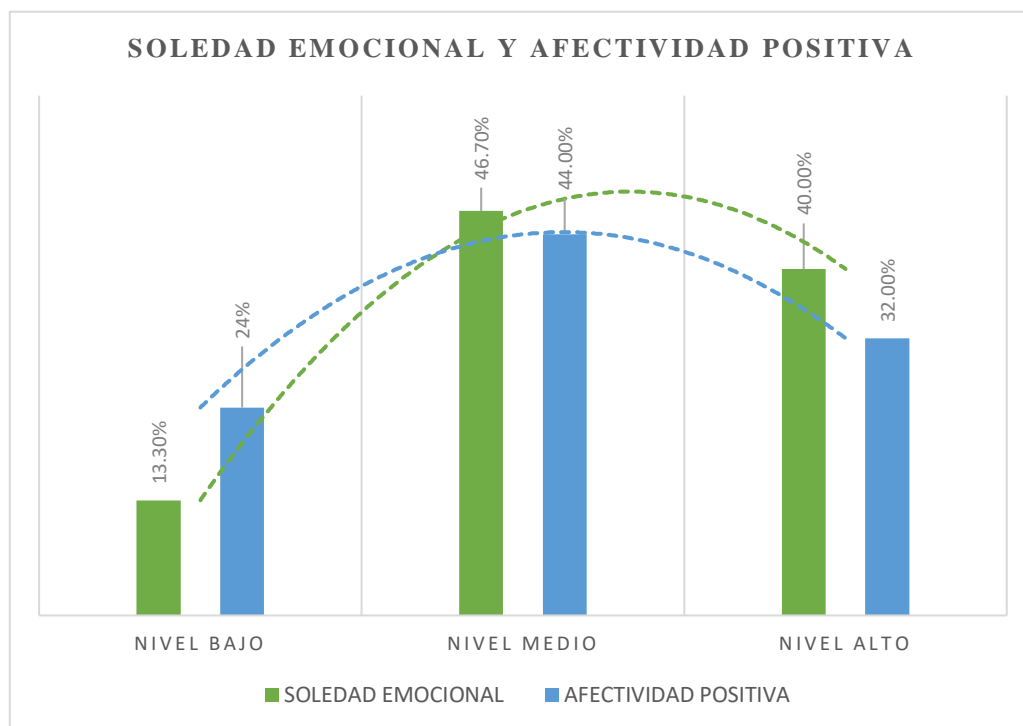
Tabla 15

Correlación entre soledad emocional y afectividad positiva

	Coeficiente de correlación	.063
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	.442
	N	150

Figura 10

Correlación entre soledad social y afectividad positiva



Con una significancia de p valor calculado al 0.442 y teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.063, la cual refiere una correlación muy baja, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, la cual refiere que no existe una relación significativa entre la soledad emocional y afectividad positiva de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad emocional e intensidad negativa

- ✓ Objetivo específico 6: identificar la relación entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 16

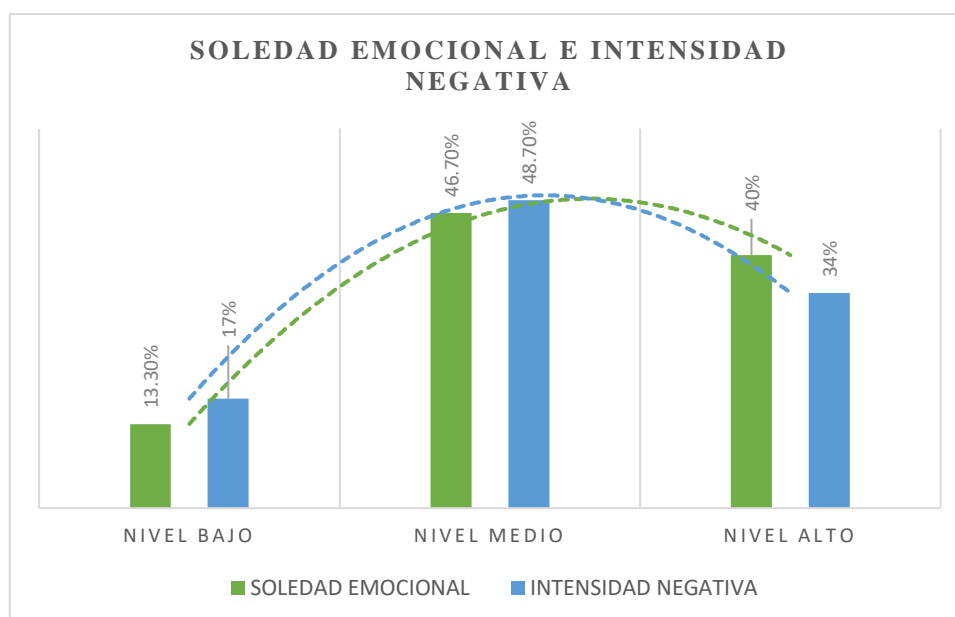
Correlación entre soledad emocional e intensidad negativa

	Coeficiente de correlación	.313**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 11

Correlación entre soledad emocional e intensidad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad emocional e intensidad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.313, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva baja entre la Soledad Emocional e Intensidad Negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad emocional y serenidad

- ✓ Objetivo específico 7: identificar la relación entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

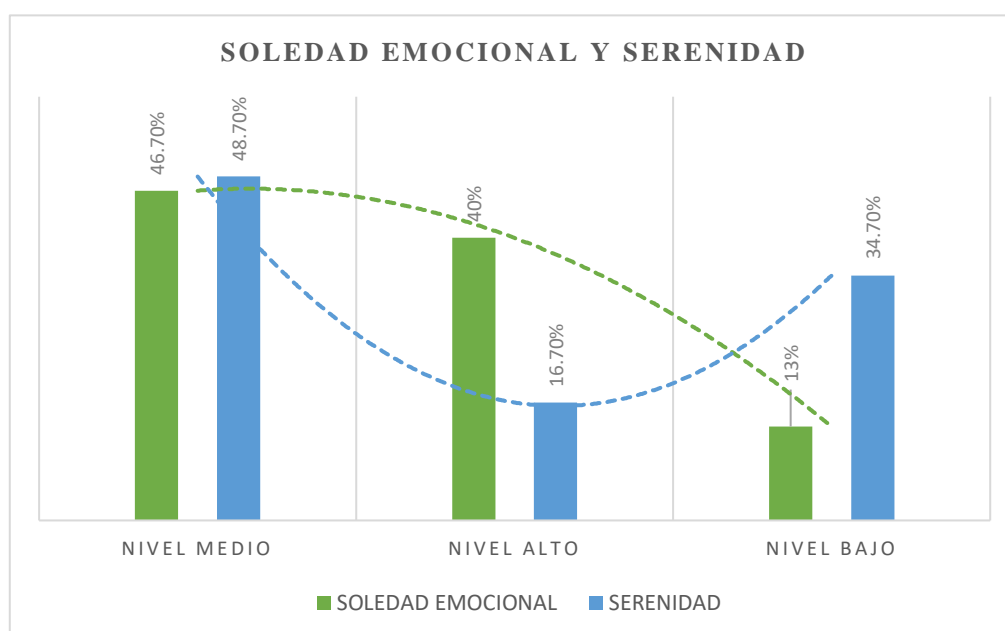
Tabla 17*Correlación entre soledad emocional y serenidad*

	Coeficiente de correlación	-.317**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 12

Correlación entre soledad emocional y serenidad



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad emocional y serenidad; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de -0.317, se afirma que la relación entre las dimensiones es inversa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación negativa baja entre la Soledad Emocional y Serenidad de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad emocional y reactividad negativa

- ✓ Objetivo específico 8: identificar la relación entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 18

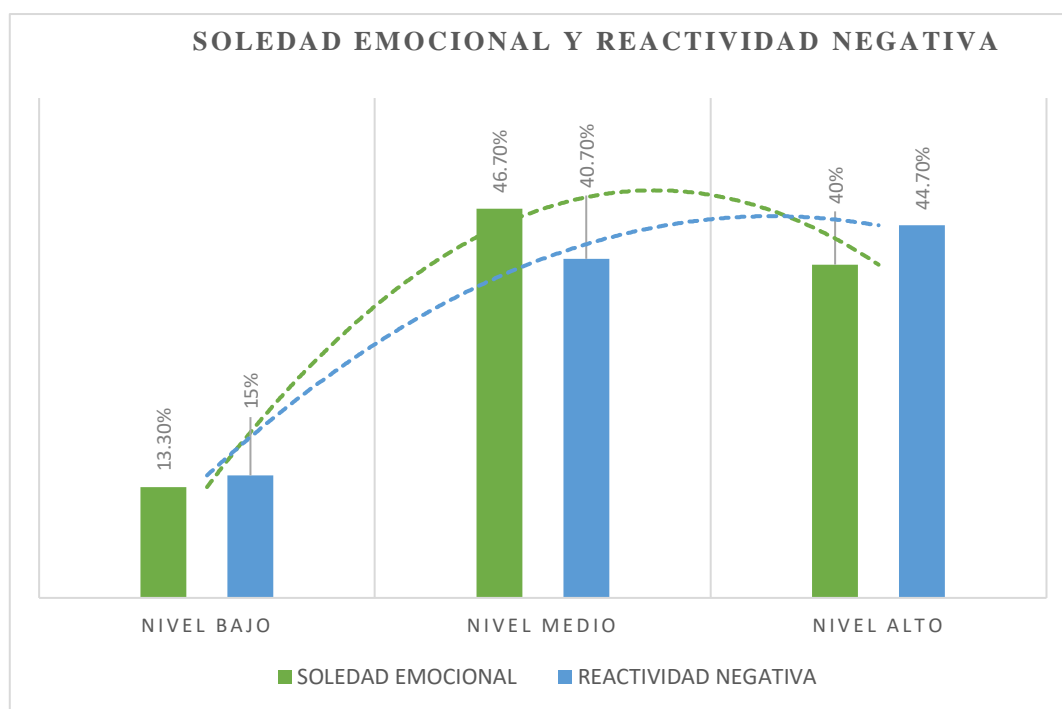
Correlación entre soledad emocional y reactividad negativa

	Coeficiente de correlación	.378**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 13

Correlación entre soledad emocional y reactividad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad emocional y reactividad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.378, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva baja entre la soledad emocional y reactividad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad familiar y afectividad positiva

- ✓ Objetivo específico 9: identificar la relación entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 19

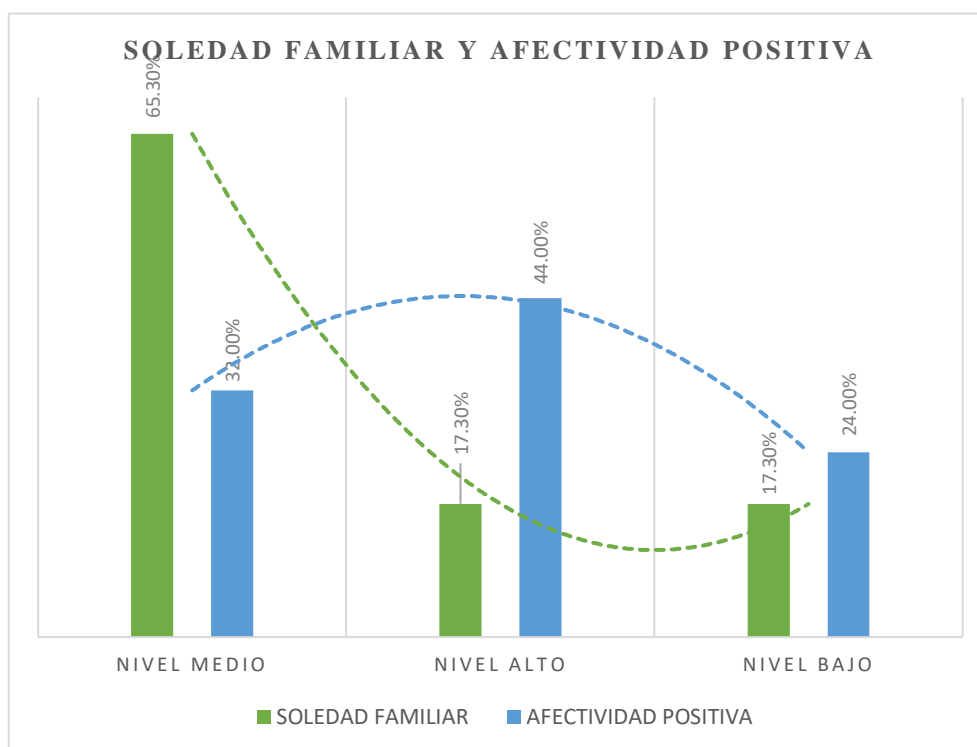
Correlación entre soledad familiar y afectividad positiva

	Coeficiente de correlación	-.411**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 14

Correlación entre soledad familiar y afectividad positiva



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad familiar y afectividad positiva; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de -0.411, se afirma que la relación entre las dimensiones es inversa y de grado moderado. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación negativa moderada entre la soledad familiar y afectividad positiva de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad familiar e intensidad negativa

- ✓ Objetivo específico 10: identificar la relación entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 20

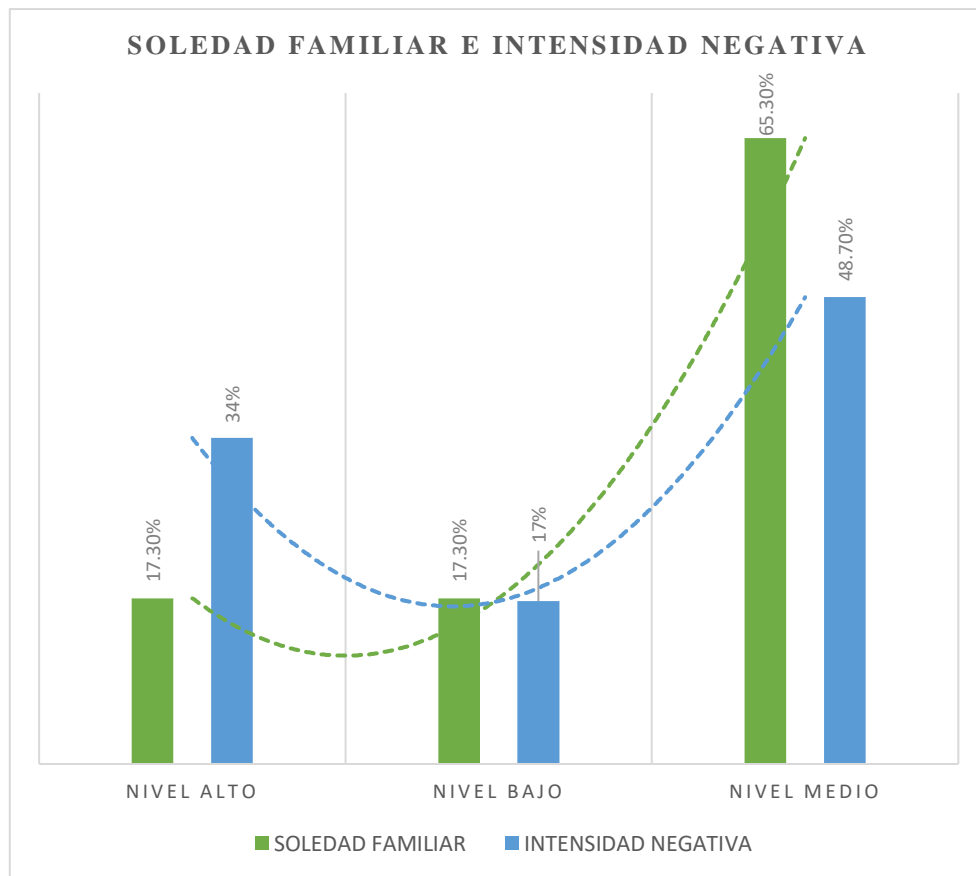
Correlación entre soledad familiar e intensidad negativa

	Coeficiente de correlación	.198*
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	.015
	N	150

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Figura 15

Correlación entre soledad familiar e intensidad negativa



Con una en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.198, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado muy bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva muy baja entre la soledad familiar e intensidad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad familiar y serenidad

- ✓ Objetivo específico 11: identificar la relación entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 21

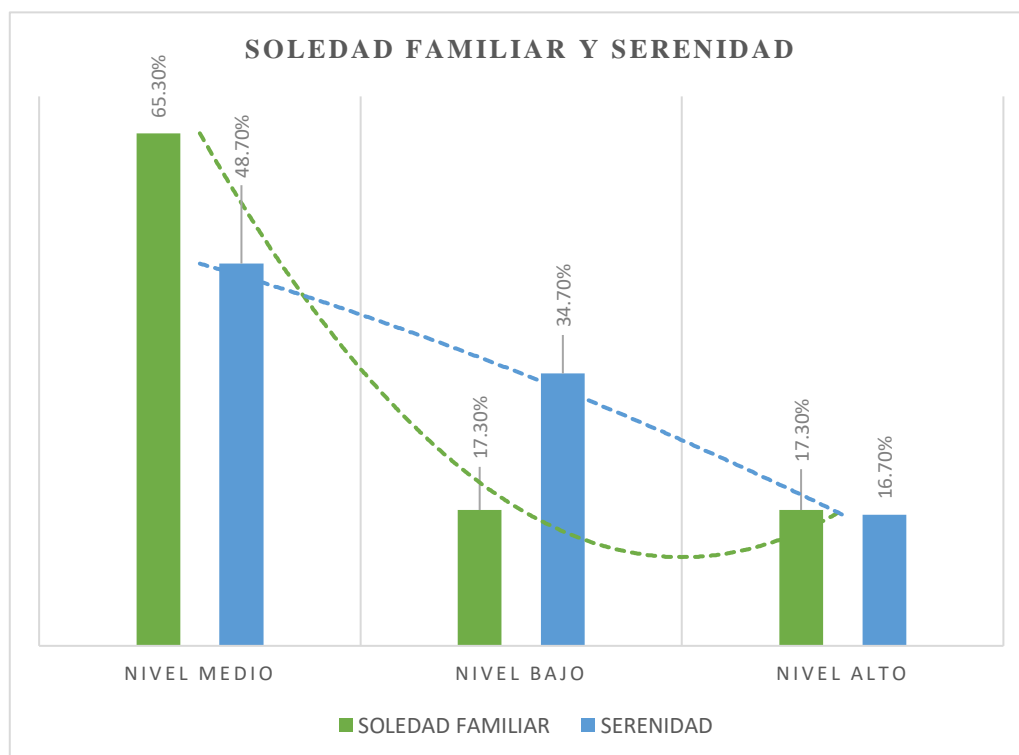
Correlación entre soledad familiar y serenidad

	Coeficiente de correlación	-.754**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 16

Correlación entre soledad familiar y serenidad



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad familiar y serenidad; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de -0.754, se afirma que la relación entre las dimensiones es inversa y de grado alto. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación negativa alta entre la soledad familiar y serenidad de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad familiar y reactividad negativa

- ✓ Objetivo específico 12: identificar la relación entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 22

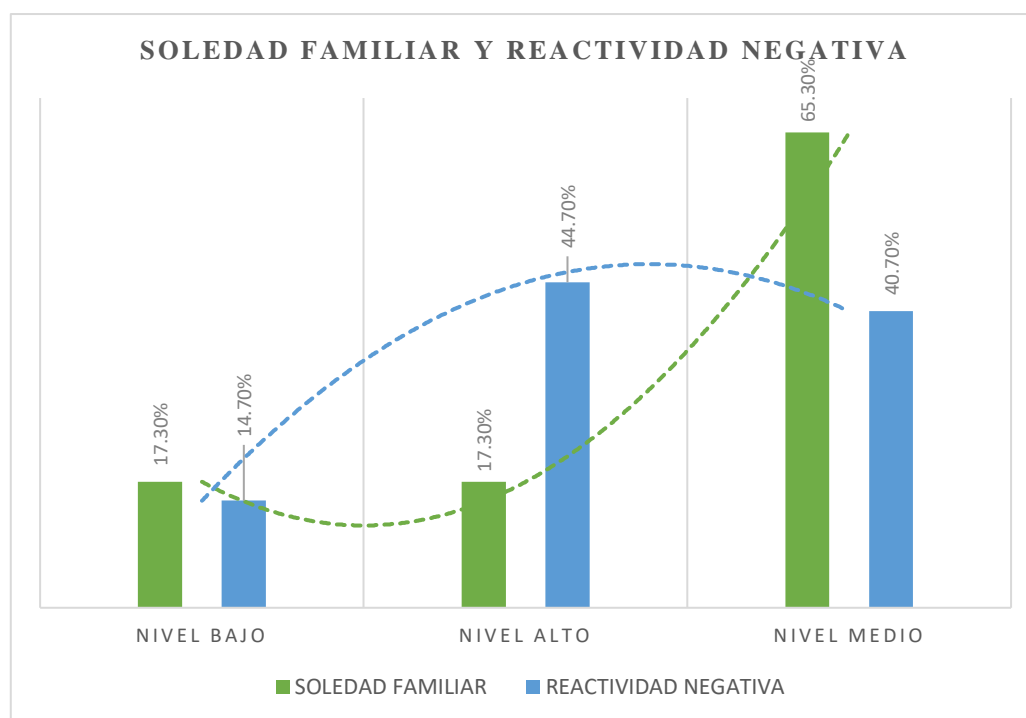
Correlación entre soledad familiar y reactividad negativa

	Coeficiente de correlación	.276**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 17

Correlación entre soledad familiar y reactividad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad familiar y reactividad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.276, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva baja entre la soledad familiar y reactividad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad romántica y afectividad positiva

- ✓ Objetivo específico 13: identificar la relación entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

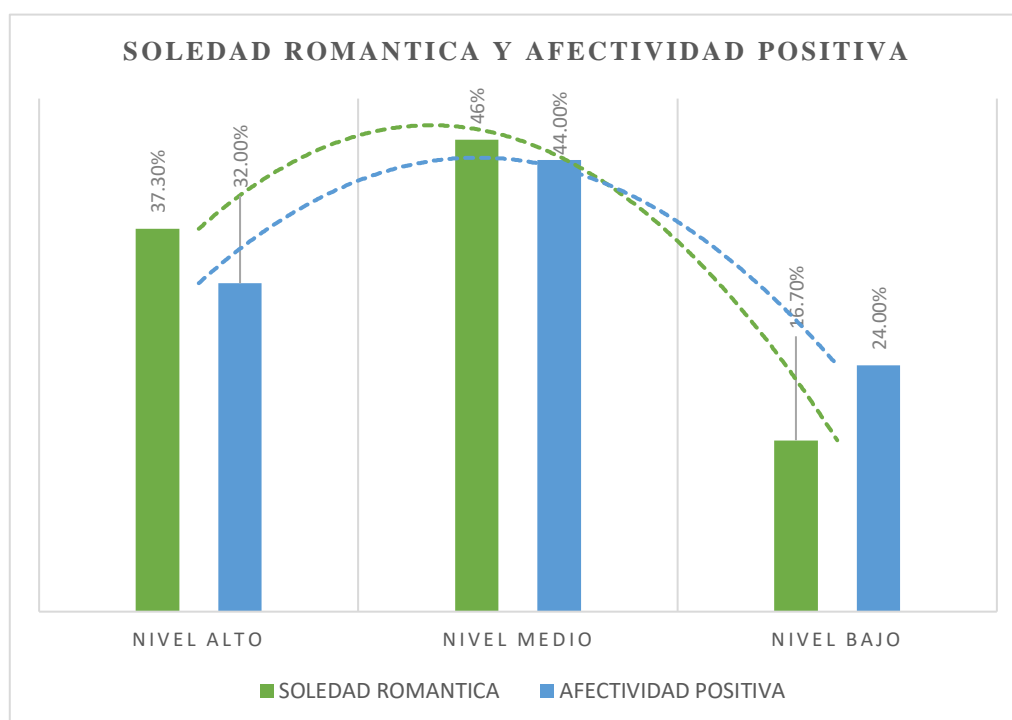
Tabla 23

Correlación entre soledad romántica y afectividad positiva

	Coeficiente de correlación	.159
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = <i>p</i>	.052
	N	150

Figura 18

Correlación entre soledad romántica y afectividad positiva



Con una significancia de p valor calculado al 0.052 y teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.159, la cual refiere una correlación muy baja, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, la cual refiere que no existe una relación significativa entre la soledad romántica y afectividad positiva de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad romántica e intensidad negativa

- ✓ Objetivo específico 14: identificar la relación entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H_1 : Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H_0 : No existe una relación significativa entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 24

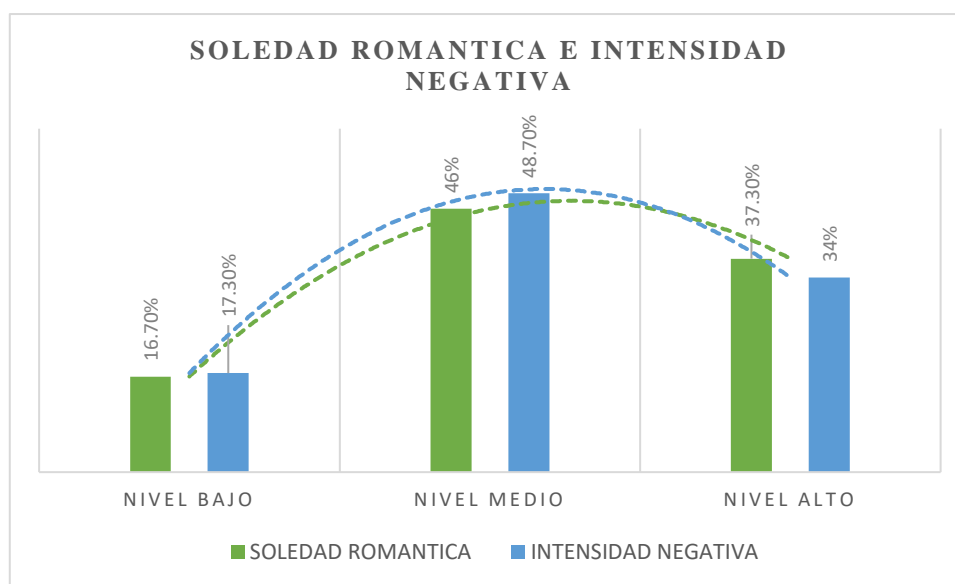
Correlación entre soledad romántica e intensidad negativa

	Coeficiente de correlación	.682**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 19

Correlación entre soledad romántica e intensidad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad romántica e intensidad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.682, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado moderado. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva moderada entre la soledad romántica e intensidad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad romántica y serenidad

- ✓ Objetivo específico 15: identificar la relación entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

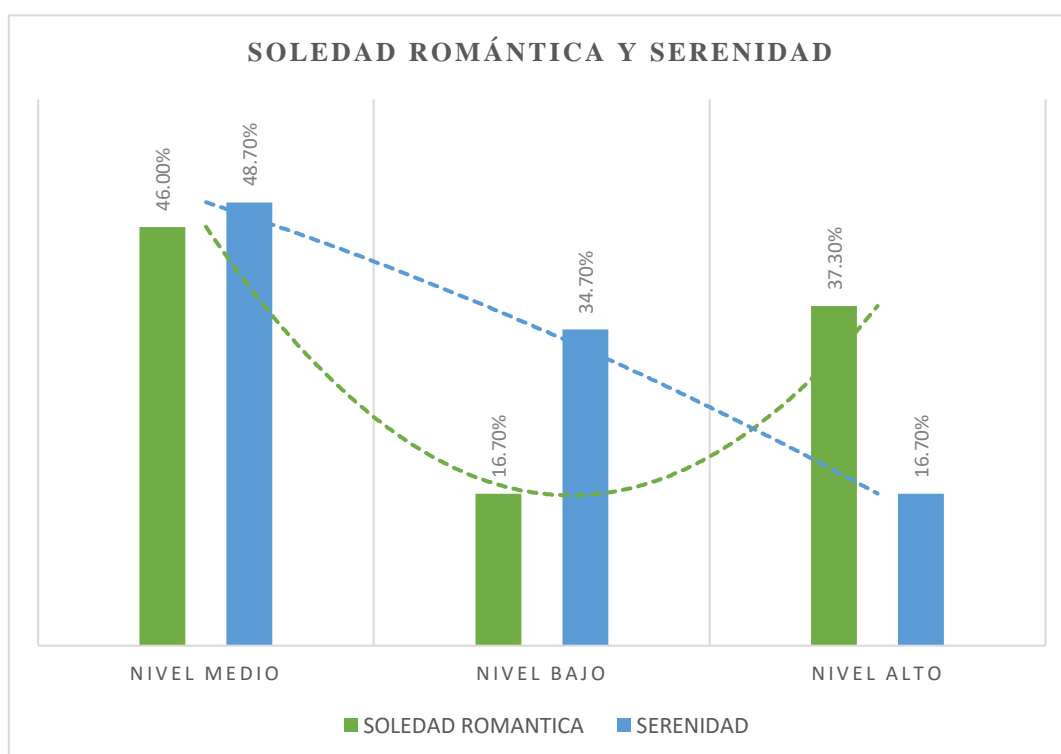
Tabla 25*Correlación entre soledad romántica y serenidad*

	Coeficiente de correlación	-.334**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = <i>p</i>	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 20

Correlación entre soledad romántica y serenidad



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad romántica y serenidad; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de -0.334, se afirma que la relación entre las dimensiones es inversa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación negativa baja entre la soledad romántica y serenidad de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

Correlación entre soledad romántica y reactividad negativa

- ✓ Objetivo específico 16: identificar la relación entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ Hi: Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
- ✓ H0: No existe una relación significativa entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Tabla 26

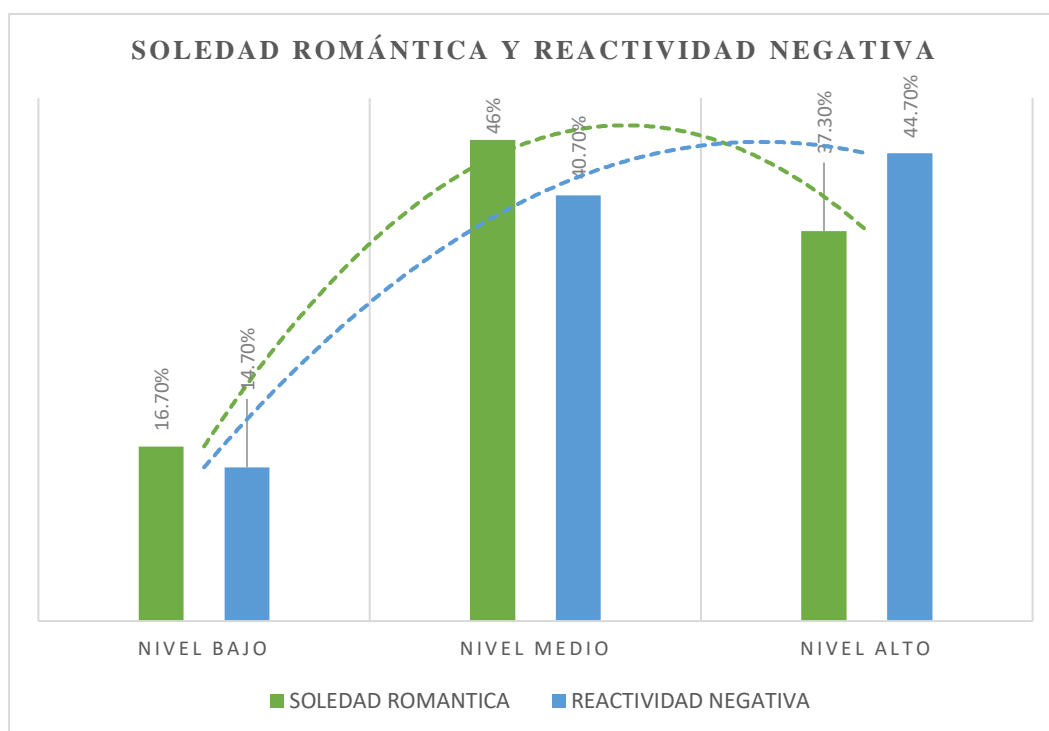
Correlación entre soledad romántica y reactividad negativa

	Coeficiente de correlación	.386**
Rho de Spearman	Sig. (bilateral) = p	<.001
	N	150

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Figura 21

Correlación entre soledad romántica y reactividad negativa



Con una significancia de p valor calculado al 0.001 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual refiere una relación significativa entre la soledad romántica y reactividad negativa; teniendo en cuenta el coeficiente rho de Spearman de 0.386, se afirma que la relación entre las dimensiones es directa y de grado bajo. Por tanto, se asevera con un 99 % de confianza que existe una relación positiva baja entre la soledad romántica y reactividad negativa de los pacientes pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos de la IREN-Concepción.

4.4. Discusiones

Los resultados hallados indican una relación significativa directa entre las variables soledad e intensidad afectiva, con porcentajes de nivel alto de 57 % y 59 %, respectivamente; en esta misma línea, los hallazgos de (Yélamos et al., 2021) sostienen que existe una relación

directa entre la soledad no deseada y el malestar psicológico, ya que para el año en mención el 40 % de los pacientes oncológicos del estudio realizado en España padecían de soledad no deseada y el 40,8 % presentó malestar psicológico.

Asimismo, las dimensiones soledad social y la afectividad positiva, referidas a los vínculos con el entorno social y a la presencia de la felicidad y alegría, respectivamente, no se hallan relacionadas; sin embargo, el 44 % de los pacientes obtuvieron un nivel medio en ambos constructos. Dichos hallazgos discrepan con los encontrados por Faraci y Bottaro (2021), ya que los resultados a los que arribaron señalan que los vínculos amicales se relacionan de forma directa con el optimismo, control personal y calidad de vida física.

Se encontró una relación positiva muy baja entre la soledad social e intensidad negativa; de acuerdo con Weiss (1973), la soledad social es el sentimiento de rechazo o aislamiento que presenta un individuo que percibe distante a sus afines o grupo social. Mientras que Watson & Clark (1984, como se citó en Martínez-Sánchez y Ortiz-Soria, 2000) mencionan que la intensidad negativa alude a respuestas afectivas displacenteras, relacionadas con la ansiedad y tensión. Si a ello se suma Gomez-Diaz (2012), quien menciona que los pacientes oncológicos debilitan su sistema inmune frente a emociones desagradables. Sobre la base de lo mencionado, una correlación directa entre ambas variables era lo esperado; en este sentido también se halló una prevalencia de nivel medio de un 48 % que presentan características de ansiedad, tensión y nerviosismo, resultados similares arribados por Gutiérrez-Gómez et al. (2021), al hallar que ansiedad se presenta en un 50 % en los pacientes oncológicos; sin embargo, los hallazgos discrepan con los encontrados por Villori et al. (2021), ya que solo el 11,7 % de la población de estudio padeció de ansiedad.

Además, la soledad social y serenidad presentan una relación inversa baja; sugiriendo así que menores niveles de soledad social generan satisfacción, relajación e hipoactividad;

resultados similares obtenidos por Faraci y Bottaro (2021), los cuales arribaron que los vínculos sociales significativos de los pacientes oncológicos con sus afines se relacionan con niveles altos de bienestar a nivel emocional.

También, la soledad social y reactividad negativa se relacionan de forma directa en un nivel moderado; de acuerdo con Weiss (1973), la soledad social es el sentimiento de rechazo o aislamiento que presenta un individuo que percibe distante a sus afines o grupo social. Mientras que Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria (2000) mencionan que la reactividad negativa alude a respuestas afectivas, relacionadas con la tristeza, si a ello se suma Gomez-Diaz (2012), quien refiere que los pacientes oncológicos debilitan su sistema inmune frente a emociones desagradables. Sobre la base de lo mencionado, una correlación directa entre ambas variables era lo esperado; a ello se añade que el 44 % de pacientes presentan sentimientos de tristeza en un nivel alto; porcentaje similar hallado por Zamora (2019), quien resalta que la depresión tuvo una prevalencia del 40 % en la población de estudio; sin embargo, se halló una discrepancia de porcentajes con Villori et al. (2021), quien reportó en su estudio un 5 % de prevalencia de depresión.

Al mismo tiempo, la soledad emocional y la afectividad positiva no se encuentran relacionadas; cabe resaltar que la soledad emocional involucra vínculos familiares y de pareja (Weiss, 1973); mientras que las características de felicidad y alegría aluden a la afectividad positiva (Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria, 2000). En este sentido, los resultados de Faraci y Bottaro (2021) discrepan de los hallados en la investigación, ya que su estudio señala que el apoyo de las personas significativas que conforman el entorno familiar se relaciona con la actitud positiva hacia la vida de los pacientes.

De la misma manera, la soledad emocional e intensidad negativa muestran una relación directa baja; teniendo en cuenta que la intensidad negativa alude a respuestas de ansiedad,

tensión y nerviosismo (Watson & Clark ,1984, como se citó en Martínez-Sánchez y Ortiz-Soria, 2000). La soledad emocional es la carencia de interacción íntima par con los familiares y pareja (Weiss,1973), si a ello se suma que Gomez-Diaz (2012) refiere que los pacientes oncológicos debilitan su sistema inmune frente a emociones desagradables. Sobre la base de lo mencionado, una correlación directa entre ambas variables era lo esperado; en la investigación las respuestas de ansiedad, tensión y nerviosismo prevalece en un 48 % en el nivel medio; resultados similares obtenidos por Gutiérrez-Gómez et al. (2021), ya que en su estudio hallaron la presencia de estrés y problemas para dormir en un 50 % de los evaluados, a ello se suma que presentaron niveles bajos de automanejo emocional y social.

Se encontró una relación inversa baja entre la soledad emocional y serenidad, teniendo en cuenta que la soledad emocional es la carencia de interacción íntima par con los familiares y pareja (Weiss,1973). Mientras que la serenidad es el mantener la calma, la paz y relajación (Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria, 2000). Si a ello se suma que Gomez-Diaz (2012) refiere que los pacientes oncológicos debilitan su sistema inmune frente a emociones desagradables. Sobre la base de lo mencionado, una correlación inversa entre ambas variables era lo esperado; en el estudio se encontró que un 34.7 % de los pacientes manifiestan un nivel bajo de tranquilidad, satisfacción y calma. Resultado que discrepa con lo hallado por Okuma et al. (2021), ya que sus hallazgos refieren que del 40 % de los pacientes el 55 % de estos posee como característica sintomatológica la preocupación; y encontró que la estabilidad familiar y emocional son predictores de baja angustia y sentido de paz.

También, la soledad emocional y la reactividad negativa se relacionan directamente en un nivel bajo, considerando que la soledad emocional es la carencia de interacción íntima par con los familiares y pareja (Weiss,1973). Mientras que la reactividad negativa para Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria (2000) alude a respuestas afectivas, relacionadas con la tristeza; si a ello se suma Gomez-Diaz (2012), quien refiere que los pacientes oncológicos debilitan su

sistema inmune frente a emociones desagradables. Sobre la base de lo mencionado, una correlación directa entre ambas variables era lo esperado; la incidencia de características relacionadas con la tristeza y alteraciones fisiológicas se hallaron en un nivel alto en el 44 % de la población. Resultados similares a los que Tello (2022) arribó, ya que encontró que 30,72 % y el 23,53 % de los pacientes presentan nivel grave y moderado de depresión respectivamente, también resalta que el 45,10 % de los pacientes perciben el apoyo de sus allegados; en específico de sus familiares, relacionando así de forma inversa el apoyo de sus vínculos emocionales familiares y la depresión.

Asimismo, se identificó una relación moderada, de características inversa, negativa y significativa entre la soledad familiar y afectividad positiva; con un 65 % en el nivel medio y 44 % en el nivel alto respectivamente. Por ello, se deduce que la existencia de vínculos emocional representativos y seguros con los integrantes de las familias sugiere la presencia de emociones relacionadas con la felicidad, energía, disfrute y entusiasmo. Resultados similares a los de Faraci y Bottaro (2021), ya que concluyen en su estudio la importancia del apoyo de la familia y mejora de las condiciones emocionales para el bienestar del paciente oncológico. En esta misma línea, Tello (2022) refiere niveles altos de apoyo por parte de la familia, y la prevalencia de la variable depresión relacionándose de forma inversa.

Además, se obtuvo una relación muy baja entre la soledad familiar y la intensidad negativa; en este sentido considerando que la soledad familiar es la distancia afectiva del individuo para con los miembros de su núcleo familiar, lo cual genera sufrimiento e insatisfacción de acuerdo con Di Tommaso et al. (1993, 2004). Mientras que la intensidad negativa alude a respuestas de ansiedad, tensión y nerviosismo (Watson & Clark, 1984, como se citó en Martínez-Sánchez y Ortiz-Soria, 2000). Si a ello se suma a Gomez-Diaz (2012), quien refiere que los pacientes oncológicos debilitan su sistema inmune frente a emociones desagradables. Sobre la base de lo mencionado, una correlación directa entre ambas variables

era lo esperado. En esta misma línea, están los resultados de Zamora (2019), en su investigación, que determinaron que un 75 % malestares emocionales son nivel moderado y en que los familiares se ven afectados por la ansiedad y sobrecarga, además sugiere la importancia del apoyo familiar para el bienestar afectivo.

Al mismo tiempo, existe una relación alta, de características inversa, entre las dimensiones soledad familiar y serenidad; por lo que se deduce que la existencia de vínculos emocional representativos y seguros con los integrantes de las familias sugiere la presencia de emociones relacionadas con la tranquilidad, relajación y satisfacción. Resultados similares a los obtenidos por Okuma et al. (2021) en su investigación, donde halló que la estabilidad emocional que se encuentra en la familia es predictor de la presencia a emociones referentes a la tranquilidad, baja angustia y paz.

También, se obtuvo una relación baja entre la soledad familiar y la reactividad negativa; la cual sugiere que la ausencia de vínculos significativos de los pacientes oncológicos para con los integrantes de su familia se halla vinculado con la presencia de emociones de tristeza y alteraciones fisiológicas, a pesar de que el nivel de relación es baja, al ser una correlación directa esta se semejantes a los resultados a los que Tello (2022) arribó, ya que concluye en su estudio que las variables niveles depresión y apoyo familiar se relacionan de forma inversa.

Por su parte, Hawrylak (2018), en su investigación en pacientes con cáncer de mama, hace referencia que la pareja, también está sometida a cambios de emociones muy variados, pero con el desarrollo de una buena comunicación y acompañamiento se vuelven de vital importancia, ya que facilita la asimilación del proceso, de recuperación. Resultados que discrepan a los arribados en cuanto a la investigación, ya que no se halló una relación significativa entre la dimensión soledad romántica, referida a la insatisfacción por una relación afectiva cercana de pareja de acuerdo con Di Tommaso et al. (1993, 2004) y la dimensión

afectividad positiva, la cual alude a emociones de alegría, entusiasmo y felicidad (Martínez-Sánchez & Ortiz-Soria, 2000).

Asimismo, se encontró una relación positiva moderada entre la soledad romántica e intensidad negativa; de acuerdo con Di Tommaso et al. (1993, 2004), la soledad romántica es la insatisfacción por una relación afectiva cercana de pareja. Mientras que Watson & Clark, (1984, como se citó en Martínez-Sánchez y Ortiz-Soria, 2000) mencionan que la intensidad negativa alude a respuestas afectivas displacenteras, relacionadas con la ansiedad y tensión; si a ello se suma Gomez-Diaz (2012), quien refiere que los pacientes oncológicos debilitan su sistema inmune frente a emociones desagradables; sobre la base de lo mencionado, una correlación directa entre ambas variables era lo esperado; cabe resaltar que se encontró que la ansiedad, tensión y nerviosismo se presentan en un 34 % en los pacientes oncológicos; dicho resultado es similar al hallado por Zamora (2019), quien resalta que la ansiedad tuvo una incidencia del 38 %.

Además, se halló una relación baja entre la soledad romántica y la serenidad; cabe resaltar que dicha correlación es de índole inverso, la cual sugiere que el apoyo de una pareja sentimental se vincula con respuestas emocionales de paz y tranquilidad; resultados semejantes arribados por Hawrylak, Mañllo y García (2018), quienes hallaron que la pareja es el transmisor de tranquilidad y serenidad.

También, se halló una relación baja entre la soledad romántica y la reactividad negativa; cabe resaltar que dicha correlación es de índole directa, la cual sugiere que la ausencia de un vínculo significativo con una pareja sentimental se vincula con respuestas emocionales de tristeza y alteraciones fisiológicas. Resultado semejante al de Villoria, et al. (2021), al hallar que la condición de paciente oncológico genera síntomas y limitaciones que desencadenan en

problema emocionales que se puede desarrollar de forma negativa produciendo depresión para el mismo paciente, siendo uno de sus principales fuentes de apoyo su pareja.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación significativa entre las variables soledad e intensidad afectiva, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado alto ($p < 0.001$ -rho = 0.706); por lo que se afirma que la prevalencia de una de las variables deduce la prevalencia de la otra en una misma dirección. Cabe resaltar que, en su mayoría, los pacientes de la unidad de cuidados paliativos que participaron de la investigación presentaron niveles altos de soledad e intensidad afectiva con un 57 % y 59 %, respectivamente. Por lo que es deducible que más de la mitad de los que participaron en el estudio experimentan sentimientos de distanciamiento, insatisfacción e integración respecto a su medio y sus vivencias afectivas se caracterizan por la sensibilidad tanto a emociones agradables como desagradables.
2. No existe una relación significativa entre las dimensiones de soledad social y afectividad positiva ($p = 0.455$), pues la significación bilateral supera el 0,05 (Hernández-Sampieri et al., 2014); no obstante, en cuanto a la soledad social, el 44 % de los participantes de la investigación, el cual representa el mayor porcentaje hallado en cuanto a la dimensión referida, se ubicó en el nivel medio. Por lo cual se infiere la existencia de dificultades para formar vínculos emocionales relevantes con su entorno social.
3. Existe una relación significativa entre las variables soledad social e intensidad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado bajo ($p = 0.006$ -rho = 0.706); sin embargo, se halló una prevalencia de nivel medio en un 48 % de los participantes de la investigación en cuanto a la dimensión intensidad negativa, la cual alude características de ansiedad, tensión y nerviosismo.
4. Existe una relación significativa entre las variables soledad social y serenidad, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es inversa y de grado bajo ($p < 0.001$ -

rho = -0.270). Al margen de ello, se halló una prevalencia de nivel medio en un 48 % de los participantes de la investigación en cuanto a la dimensión serenidad, la cual refiere indicadores de satisfacción, relajación e hipoactividad.

5. Existe una relación significativa entre las variables soledad social y reactividad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado moderado ($p < 0.001$ -rho = 0.615). Es así como la notoriedad de la prevalencia de las variables se manifestó con un 44 % en ambas dimensiones en los niveles medio y alto a correspondencia. Por ello, se deduce que la existencia de la falta de vínculos emocional representativos con el entorno social sugiere la presencia de emociones exaltadas de tristeza, vergüenza, culpa y alteraciones fisiológicas.
6. No existe una relación significativa entre las dimensiones de soledad emocional y afectividad positiva ($p = 0.442$), pues la significación bilateral supera el 0,05 (Hernández-Sampieri et al., 2014). No obstante, en cuanto a la soledad emocional, el 46 % de los participantes de la investigación, el cual representa el mayor porcentaje hallado en cuanto a la dimensión en mención, se ubicó en el nivel medio. Por ello, se infiere la existencia de dificultades para formar vínculos emocionales considerables con los integrantes de su familia y sus parejas sentimentales.
7. Existe una relación significativa entre las variables soledad emocional e intensidad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos, 2015) es directa y de grado bajo ($p < 0.001$ -rho = 0.313). En cuanto a la prevalencia de las dimensiones en mención en los participantes de la investigación, estas tuvieron mayores incidencias en el nivel medio con un 46 % y 48 % respectivamente.
8. Existe una relación significativa entre las variables soledad emocional y serenidad, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es inversa y de grado bajo ($p < 0.001$ -rho = -0.317); lo cual sugiere la existencia bajo la dinámica del incremento de una frente al declive de la otra. Por otra parte, las incidencias porcentuales

resaltantes fueron encontradas en el nivel medio con un 46 % para la soledad emocional y un 48 % para la serenidad.

9. Existe una relación significativa entre las variables soledad emocional y reactividad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado bajo ($p < 0.001$ -rho = 0.378); en cuanto a la prevalencia de las dimensiones en mención en los participantes de la investigación, estas tuvieron mayores incidencias en el nivel medio y alto con un 46 % y 44 % a correspondencia.
10. Existe una relación significativa entre las variables soledad familiar y afectividad positiva, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es inversa y de grado moderado ($p < 0.001$ -rho = -0.411). Es así que la notoriedad de la prevalencia de las dimensiones se manifestó con un 65 % en el nivel medio y 44 % en el nivel alto respectivamente. Por ello se deduce que la existencia de vínculos emocional representativos y seguros con los integrantes de las familias sugiere la presencia de emociones relacionadas con la felicidad, energía, disfrute y entusiasmo.
11. Existe una relación significativa entre las variables soledad familiar e intensidad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado muy bajo ($p = 0.015$ -rho = 0.198); en cuanto a la prevalencia de las dimensiones en mención en los participantes de la investigación, ambos tuvieron mayores incidencias en el nivel medio con un 65 % y 48 % a correspondencia.
12. Existe una relación significativa entre las variables soledad familiar y serenidad, que de acuerdo con Martínez & Campos, 2015) es inversa y de grado alto ($p < 0.001$ -rho = -0.754). Es así que la notoriedad de la prevalencia de las dimensiones se manifestó para ambas en el nivel medio con un 65 % y 48 %, respectivamente. Por ello se deduce que la existencia de vínculos emocional representativos y seguros con los integrantes de las familias sugiere la presencia de emociones relacionadas con la tranquilidad, relajación y satisfacción.

- 13.** Existe una relación significativa entre las variables soledad familiar y reactividad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado bajo ($p < 0.001$ -rho = 0.276). En cuanto a la prevalencia de las dimensiones en mención en los participantes de la investigación, se manifestaron mayores incidencias en el nivel medio en más de la mitad de los evaluados con un 65 % en cuanto a la soledad familiar y un 44 % en el nivel alto referido a la reactividad negativa.
- 14.** No existe una relación significativa entre las dimensiones de soledad romántica y afectividad positiva ($p = 0.052$), pues la significación bilateral supera el 0,05 (Hernández-Sampieri et al., 2014). No obstante, en cuanto a la soledad romántica, el 46 % de los participantes de la investigación, el cual representa el mayor porcentaje hallado en la dimensión de soledad romántica, se ubicó en el nivel medio, lo cual sugiere la inconformidad emocional producto de la carencia de vínculos afectivos representativos para con su pareja.
- 15.** Existe una relación significativa entre las variables soledad romántica e intensidad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado moderado ($p < 0.001$ -rho = 0.682). Es así que la notoriedad de la prevalencia de las dimensiones se manifestó con un 46 % y 48 %, ambos en el nivel medio respectivamente; lo cual sugiere que la carencia de vínculos emocional representativos y seguros con la pareja sentimental sugiere la presencia de emociones relacionadas con la ansiedad, tensión y nerviosismo.
- 16.** Existe una relación significativa entre las variables soledad romántica y serenidad, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es inversa y de grado bajo ($p < 0.001$ -rho = -0.334). Es así como ante la presencia en niveles altos de una la aparición de la otra se mostrará en niveles bajos. Por otra parte, las incidencias porcentuales resaltantes fueron encontradas en el nivel medio con un 46 % para la soledad romántica y un 48 % para la serenidad.

17. Por último, existe una relación significativa entre las variables soledad romántica y la reactividad negativa, que de acuerdo con Martínez & Campos (2015) es directa y de grado bajo ($p < 0.001$ -rho = 0.386). Cabe resaltar, que se manifestaron mayores incidencias en el nivel medio con un 46 % en cuanto a la soledad romántica y un 44 % en el nivel alto referido a la reactividad negativa.

RECOMENDACIONES

1. Teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes de la investigación tuvieron niveles altos en las variables soledad e intensidad afectiva, se recomienda la intervención de profesionales de salud mental especializados en pacientes oncológicos, para promover el fortalecimiento de vínculos emocionales y la adecuada gestión afectiva en pacientes oncológicos.
2. Considerando que la soledad social y afectividad positiva no se encuentran correlacionadas se recomienda que estudios posteriores realicen investigaciones con mayor minuciosidad, con la finalidad de dilucidar la importancia del apoyo social para con el bienestar emocional de los pacientes con cáncer.
3. Teniendo en cuenta que la soledad social e intensidad negativa están correlacionadas de forma directa, pero en un nivel débil, se recomienda que próximas investigaciones realicen un estudio longitudinal para conocer si el grado de afectación al correlacionar las variables se incrementa en el tiempo.
4. Al hallar que la soledad social y serenidad se correlacionan de forma inversa, pero en un grado débil, se recomienda que próximas investigaciones realicen un estudio longitudinal para conocer si el grado de afectación al correlacionar las variables se incrementa en el tiempo; además se sugiere intervenir en la gestión emocional para promover la serenidad.
5. Considerando que la soledad social y reactividad negativa se correlacionan de forma directa, se espera que las instituciones y profesionales en el ámbito de la salud mental oncológica intervengan en el fortalecimiento de redes de apoyo para con los pacientes con la finalidad de mejorar su estado anímico, desarrollando talleres de apoyo mutuo entre los pacientes oncológicos.

6. Teniendo en cuenta que la soledad emocional y afectividad positiva no se encuentran relacionadas se recomienda que estudios posteriores realicen investigaciones con mayor minuciosidad para, con la finalidad de dilucidar la importancia del apoyo de los familiares allegados del paciente para con el bienestar emocional.
7. Al hallar una correlación directa entre la soledad emocional e intensidad negativa de nivel bajo, se recomienda que próximas investigaciones realicen un estudio longitudinal para conocer si el grado de afectación al correlacionar las variables se incrementa en el tiempo.
8. Considerando que se encontró una correlación inversa entre la soledad emocional y serenidad, pero en un nivel bajo, se recomienda que en futuros estudios se realicen investigaciones de tipo descriptivo, para un análisis detallado de cada variable y su incidencia en la población.
9. Teniendo en cuenta que se encontró una correlación directa entre la soledad emocional y reactividad negativa, pero en un nivel bajo; se exhorta a realizar mayores estudios, de preferencia longitudinales para conocer si el grado de afectación al correlacionar las variables se incrementa en el tiempo.
10. Al encontrar que se halló una correlación inversa entre la soledad familiar y afectividad positiva; es así como se recomienda que las instituciones y profesiones realicen talleres a modo de intervención para con los familiares de los pacientes oncológicos, con la finalidad de afianzar los vínculos emocionales y mejorar las respuestas de intensidad afectiva en los pacientes.
11. Se encontró una relación directa entre la soledad familiar e intensidad negativa, pero de grado muy bajo; por lo que se sugiere mayores investigaciones direccionadas a los familiares, para poder dilucidar el estado emocional en el que

se encuentran, al ser los primeros agentes emocionales a los que los pacientes oncológicos recurren.

- 12.** Considerando que la soledad familiar y serenidad se hallan altamente correlacionadas, se recomienda a las instituciones y profesionales del ámbito oncológico intervengan en el entrenamiento de soporte y conducción emocional en los familiares y/o cuidadores de los pacientes oncológicos con la finalidad de promover la tranquilidad, paz y gestión emocional adecuados por parte de los pacientes.
- 13.** Teniendo en cuenta que la soledad familiar y reactividad negativa se hallan relacionadas de forma directa y en un grado bajo; se sugiere mayores estudios, de preferencia de tipo longitudinal, durante el proceso de tratamiento tanto en los pacientes como en los familiares, con la finalidad de tener mayores detalles de las variables de estudio.
- 14.** Al no existir correlación entre la soledad romántica y afectividad positiva; se recomienda que estudios posteriores realicen investigaciones con mayor minuciosidad, con la finalidad de dilucidar la importancia del apoyo de la pareja sentimental para con el bienestar emocional de los pacientes con cáncer.
- 15.** Considerando que se encontró una correlación directa entre la soledad romántica e intensidad negativa; se exhorta a las instituciones y profesionales oncológicos realizar talleres de intervención referidos al soporte y gestión emocional que involucren al paciente y a su pareja sentimental.
- 16.** Al hallar una correlación inversa entre la soledad romántica y serenidad, pero de grado bajo; se recomienda mayores estudios, de preferencia de tipo longitudinal, durante el proceso de tratamiento tanto en los pacientes como en la pareja sentimental.

17. Teniendo en cuenta que la soledad romántica y la reactividad negativa se relacionan de forma directa, pero en un grado bajo, se recomienda que en futuros estudios se realicen investigaciones de tipo descriptivo, para un análisis detallado de cada variable y su incidencia en la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1985). Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45(1), 131–142.
doi:10.1177/0013164485451012
- Alameda, P.E. (2020). Las emociones y el Sistema Inmune, *Noticias en Salud*.
<https://www.noticiasensalud.com/psicologia/2020/10/21/las-emociones-y-el-sistema-inmune/>
- American Cancer Society. (2019, May 10). *¿Qué es el cuidado paliativo?*
<https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/atencion-paliativa/que-es-el-cuidado-paliativo.html>
- American Cancer Society. (19 febrero 2022). *Estadificación del cáncer*.
<https://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html>
- American Psychological Association. (2023). *Dictionary of Psychology-Loneliness*.
<https://dictionary.apa.org/loneliness>
- Arias, F., (2016). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme <https://idoc.pub/documents/el-proyecto-de-investigacion-fidias-arias-7ma-edic-2016pdf-klzzm8k2r7lg>
- Arias, J., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL.
<https://repositorio.concytec.gob.pe/handle/20.500.12390/2260urn:isbn:978-612-48444-2-3>
- Assary, E., Zavos, H. M. S., Krapohl, E., Keers, R., & Pluess, M. (2021). Genetic architecture of Environmental Sensitivity reflects multiple heritable components: a twin study with adolescents. *Molecular Psychiatry*, 26(9), 4896-4904. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0783-8>
- Banqué, S. (2021, February 22). *La importancia de la psicooncología ante el cáncer-IOB*. Institute of Oncology Hospital Quirónsalud Barcelona. <https://iob-onco.com/la-importancia-de-la-psicooncologia-ante-el-diagnostico-y-el-tratamiento-del-cancer/#:~:text=Ayuda%20a%20mantener%20o%20recuperar,la%20recuperaci%C3%B3n%20emocional%20y%20funcional>
- Barreto, M., Victor, C. R., Hammond, C., Eccles, A. M., Richins, M. T., & Qualter, P. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169, 110066.
- Bartholomew, D. J. (1995). Spearman and the Origin and Development of Factor Analysis. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 48(2), 211-220.
doi:10.1111/j.2044-8317.1995.tb01060.x

- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Buz, J. (2013). Envejecimiento y soledad: La importancia de las relaciones sociales. V Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades. www.cmuch.edu.mx-vcongresoiapeg.com.mx.
<https://www.youtube.com/watch?v=6WHBsGzxFMs>
- Bruera E. [@alfinaldelavida]. (19 de junio de 2021). Todo sobre los cuidados paliativos en la actualidad [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=RZAHIB1BOms>
- Burbridge, J. A., Larsen, R. W., & Deanna, M. (2005). Affective Reactivity in Language: The Role of Psychophysiological Arousal. *Emotion*, 5(2), 145–153.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.145>
- Cabrera, Y. (2021). *Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes oncológicas mastectomizadas de un Hospital Nacional del distrito de San Juan de Miraflores*. [Tesis de licenciatura en psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16754/Cabrera_by.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2013). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 3-21. doi:10.1080/02699931.2013.837379
- Campoy, G., García, J., Egea, A., Saurín, L., & Martínez, F. (2002). Influencia del nivel de intensidad afectiva en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea stroop. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 4(7), 17-24
[http://reme.uji.es/articulos/amartf5551202101/texto.html#:~:text=La %20Intensidad %20Afectiva %20\(IA\) %20describe,valencia %2C %20frecuencia %20e %20intensidad %20de](http://reme.uji.es/articulos/amartf5551202101/texto.html#:~:text=La%20Intensidad%20Afectiva%20(IA)%20describe,valencia%2C%20frecuencia%20e%20intensidad%20de)
- Cancer Support Community. (2020). Sensación de soledad o aislamiento.
[https://www.cancersupportcommunity.org/sites/default/files/file/2020-12/FSAC_factsheet_Sensacio %CC %81n %20de %20soledad %20o %20aislamiento.pdf](https://www.cancersupportcommunity.org/sites/default/files/file/2020-12/FSAC_factsheet_Sensacio%CC%81n%20de%20soledad%20o%20aislamiento.pdf)
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y Cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71–80.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0505120071A/16099/17030>
- Cárdenas P. & Mendoza J. (2019). *Depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo-2019*. [Tesis de licenciatura en psicología, Universidad Peruana de los Andes]. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1343>
- Chico E., (2000). Intensidad emocional y su relación con extraversión y neuroticismo. *Psicothema*, 12(4), 568-573. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712409.pdf>
- Clifton, B. J. (2023, 24 enero). Latin Americans Lead World in Emotions. *Gallup.com*.
<https://news.gallup.com/poll/184631/latin-americans-lead-world-emotions.aspx>

- De la Cruz, R. & Fernandez E. (2014). *Sentimiento de soledad y calidad de vida en los adultos mayores del hogar "San Vicente de Paúl"- Huancayo, 2014* [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional del Centro del Perú]. <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1059>
- Dirección Regional de Salud Junín. (2020). En Junin, en 25 % se incrementó la ansiedad, depresión y estrés a consecuencia del covid19/. *DiresaJunin*. http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2020100922_junin_en_25_se_incremnto_ansi edad_depresin_y_estr_s_a_consecuencia_del_covid19/
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22(3), 417–427. doi:10.1016/s0191-8869(96)00204-8
- DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and Validity Characteristics of the Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99–119. doi:10.1177/0013164403258450
- Faraci, P., & Bottaro, R. (2022). Association Between Perceived Social Support, Illness Perception, Life Orientation, Life Satisfaction, and Quality of Life Within a Sample of Cancer Patients. *International Journal of Psychological Research*, 15(1), 9-19. <https://doi.org/10.21500/20112084.5263>
- Fernández M, Hernández L, Martínez I. (2018) Comunicación intrafamiliar y cáncer de mama. *Psicooncología*, 15, 103-118.
- Gallup, Inc. (18 junio 2022). *What Is the World's Emotional Temperature?-Gallup*. Gallup.com. <https://news.gallup.com/interactives/248240/global-emotions.aspx>
- Gallup, Inc. (16 marzo 2023,). *Global Indicator: Emotional Wellbeing-Gallup*. Gallup.com.<https://www.gallup.com/405494/indicator-global-emotional-wellbeing.aspx>
- García-Alandete, J., & Hernández-Jiménez, M. (2018). El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *Persona y Bioética*, 22(2), 319–330. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.9>
- García Bellido, R.; González Such, J. y Jornet Meliá, J.M. (2010). *SPSS: Pruebas no Paramétricas*. Grupo InnovaMIDE, Universitat de Valencia. <https://www.uv.es/innovamide/>
- García, L. y Horna D. (2021) *Impacto emocional en pacientes oncológicos durante la pandemia por Sars-Cov2 en un hospital Minsa-Lambayeque*. [Tesis de Licenciatura Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres]. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9088/garcia_horna.pdf
- Gao, Q., Prina, M., Prince, M., Acosta, D., Sosa, A. L., Guerra, M., Huang, Y., Jimenez-Velazquez, I. Z., Rodriguez, J. J., Salas, A., Williams, J. B., Liu, Z., Castillo, I. P., & Mayston, R. (2021). Loneliness Among Older Adults in Latin America, China, and

- India: Prevalence, Correlates and Association With Mortality. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>
- Gómez Maldonado, H. G. (2018). *Adaptación psicométrica de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen*. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/8284>
- Gutiérrez-Gómez, T., Peñarrieta-de Cordova, M., Malibrán-Luque D., Piñones-Martínez, M., Cosme-Mendoza, M., & Gaspar Meza-de Nalvarte, N. (2021). Factores emocionales asociados al automanejo en personas con diagnóstico de cáncer. *Enfermería Universitaria*, 18(2), 63-77. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.957>
- Hartman, C. (2023). Loneliness Statistics: By Country, Demographics & More. The Roots Of Loneliness Project. <https://www.rootsofaloneliness.com/loneliness-statistics#ref-five>
- Holland J. [@TheLeukemiaLymphomaSociety]. (14 de febrero de 2017). *Treating the Whole Patient* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=saXHmgTYE8g>
- Huamani, J., & Arohuanca, M. (2019). Sentido de vida en pacientes diagnosticados con cáncer. *Persona* 22(2), 93–109. [https://doi.org/10.26439/persona2019.n022\(2\).4566](https://doi.org/10.26439/persona2019.n022(2).4566)
- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación (6ta edición)*. McGraw-Hill / Interamericana. https://www.academia.edu/24753853/Metodologia_de_la_Investigacion_Sampieri_6ta_edicion
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease study-Cause of death or injury*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ENERO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/07/ENERO_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. FEBRERO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/07/FEBRERO_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MARZO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/07/MARZO_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ABRIL-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/07/ABRIL_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria.MAYO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/07/MAYO_2018-1.pdf

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JUNIO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/07/JUNIO_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JULIO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/08/JULIO_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. AGOSTO-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/10/AGOSTO_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. SETIEMBRE-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/10/SETIEMBRE_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. OCTUBRE-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/12/OCTUBRE_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. NOVIEMBRE-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/12/NOVIEMBRE_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. DICIEMBRE-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/01/DICIEMBRE_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2018). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. DICIEMBRE-2018 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/01/DICIEMBRE_2018.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ENERO-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/03/ENERO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. FEBRERO-2019 [Archivo PDF] <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/FEBRERO-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MARZO-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/05/MARZO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ABRIL-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/05/ABRIL_2019.pdf

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MAYO-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/06/MAYO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JUNIO-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/07/JUNIO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JULIO-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/08/JULIO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. AGOSTO-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/09/AGOSTO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. SETIEMBRE-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/SETIEMBRE_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. OCTUBRE-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/11/OCTUBRE_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. NOVIEMBRE-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/NOVIEMBRE_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2019). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. DICIEMBRE-2019 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/01/DICIEMBRE_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ENERO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/03/ENERO_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. FEBRERO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/07/FEBRERO_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MARZO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/09/MARZO_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ABRIL-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/10/ABRIL_2020.pdf

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MAYO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/11/MAYO_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JUNIO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/11/JUNIO_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JULIO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/03/Indicador-Julio_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. AGOSTO-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/03/Indicador-Agosto_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. SETIEMBRE-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/03/Indicadores-Setiembre_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. OCTUBRE-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/03/Indicadores-Octubre_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. NOVIEMBRE-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/03/NOVIEMBRE_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2020). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. DICIEMBRE-2020 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/03/DICIEMBRE_2020.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ENERO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/04/ENERO_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. FEBRERO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/05/FEBRERO_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MARZO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/08/INDICADORES-MARZO_2021.pdf

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ABRIL-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/08/INDICADORES-ABRIL_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MAYO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/09/MAYO_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JUNIO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/09/JUNIO_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. JULIO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2021/09/JULIO_2021_vf.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. AGOSTO-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/AGOSTO_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. SETIEMBRE-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/SETIEMBRE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. OCTUBRE-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/OCTUBRE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. NOVIEMBRE-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/NOVIEMBRE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2021). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. DICIEMBRE-2021* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/04/DICIEMBRE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2022). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ENERO-2022* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/07/ENERO_2022.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2022). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. FEBRERO-2022* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/07/FEBRERO_2022.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2022). *Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. MARZO-2022* [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/07/MARZO_2022.pdf

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2022). Departamento de epidemiología y estadística del cáncer-Indicadores de Gestión Hospitalaria. ABRIL-2022 [Archivo PDF] https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/08/ABRIL_2022.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. (2011). *Estudios epidemiológicos de salud mental*. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- International Agency for Research on Cancer. (2023). *Estimated number of new cases from 2020 to 2025, Both sexes, age [0-85+]*. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=0&sexes=0&mode=population&group_populations=1&multiple_populations=1&multiple_cancers=0&cancers=39&populations=903_904_905_908_909_935&years=2025&single_unit=500000
- International Agency for Research on Cancer. (2023). *Estimated number of deaths from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+]*. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?types=1&sexes=0&mode=population&group_populations=1&multiple_populations=1&multiple_cancers=0&cancers=39&populations=904&years=2040&single_unit=50
- Ipsos. (2021). *One year of covid-19 change in emotional and mental health* [Archivo PDF] https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-04/wef_-_expectations_about_when_life_will_return_to_pre-covid_normal_-_final.pdf
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 20(1), 13–21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016045/pdf/DialoguesClinNeurosci-20-13.pdf>
- Larsen, R. J. y Diener, E. (1987) Affect intensity as an individual difference characteristic: a review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1- 39. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0092656687900237>
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 803–814. doi:10.1037/0022-3514.51.4.803
- Larsen, R. J., Diener, E., & Cropanzano, R. S. (1987). *Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 767–774. doi:10.1037/0022-3514.53.4.767
- Larsen, R. W., & Ketelaar, T. (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 132-140. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.132>
- Lerma Gonzales, H., (2009). *Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto*. Ecoe Ediciones. <https://archive.org/details/metodologia-de-la-investigacion-propuesta-anteproyecto-y-proyecto/mode/2up?view=theater>
- Martinez, A. y Campos, W. (2015). Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica Versión On-line*, 36(3).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322015000300004

- Martínez-Sánchez, F. & Ortiz-Soria, B. (2000). Estructura factorial de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen. *Revista Española de Motivación y Emoción*. 1. 45-54.
https://www.researchgate.net/publication/309203817_Estructura_factorial_de_la_Escala_de_Intensidad_Afectiva_de_Larsen_Factorial_structure_of_Affect_Intensity_Measure
- Martí-Augé, P., Mercadal-Brotons, M., & Solé-Resano, C. (2015). La musicoterapia en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 346–352.
<https://doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013>
- Medina, J. & Mendoza M. (2015). *El abandono familiar del adulto mayor del distrito de Viques-Huancayo* [Tesis de Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional del centro del Perú].
https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/809/TTS_60.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud. (13 enero 2022). *Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*. Plataforma digital única del Estado peruano.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Ñaupas H., Valdivia M., Palacios J., Romero H. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf
- Ñaupas, P. H., Mejía, M. E., Novoa, R. E., & Villagómez, P. A. (2014). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (4th ed.). Ediciones de la U.
<https://fdiazca.files.wordpress.com/2020/06/046.-mastertesis-metodologicc81a-de-la-investigaciocc81n-cuantitativa-cualitativa-y-redacciocc81n-de-la-tesis-4ed-humberto-ncc83aupas-paitacc81n-2014.pdf>
- Omega Psicología. (4 febrero 2022). *La soledad del paciente oncológico*.
<https://omegapsicologia.es/psicologia-cancer/>
- Okuma, G. Y., Manhães, M. F., Pedras, R. N., Domenico, E. B., & Bergerot, C. D. (2021). Espiritualidad, Religiosidad, Distress y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2), 3-17. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1097>
- Organización Mundial de la Salud. (8 octubre 2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. [Comunicado de Prensa]. Organización Mundial de La Salud; Mental Health Atlas. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Causas principales de mortalidad, y discapacidad*. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La carga de cánceres malignos*. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-canceres-malignos>
- Ray, B. J. (25 octubre 2022). 2020 Sets Records for Negative Emotions. *Gallup.com*. <https://news.gallup.com/poll/352205/2020-sets-records-negative-emotions.aspx>
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677–684. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Román, V. (2022, May 22). Por la pandemia, la ansiedad y la depresión aumentaron más del 32 % en América Latina. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2022/05/21/por-la-pandemia-la-ansiedad-y-la-depresion-aumentaron-mas-del-32-en-america-latina/>
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313–1321. doi:10.1037/0022-3514.46.6.1313
- Salazar, M. (2021) *Calidad de los cuidados paliativos y satisfacción del paciente oncológico en tiempos de COVID-19*. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN-Norte. [Tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58232/Salazar_EMS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez-Anguita Muñoz, Á. (2019). Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 251-258. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126024>
- Statista. (2022, 27 mayo). Latin America: opinion on feeling lonely by country 2021. <https://www.statista.com/statistics/1092979/public-opinion-feeling-lonely-latin-america/>
- Silva, C. O., & Parsons, M. A. (2020). Toward an anthropology of loneliness. *Transcultural Psychiatry*, 57(5), 613-622. <https://doi.org/10.1177/1363461520961627>
- Tello, J. (2022) *Apoyo familiar y depresión en pacientes oncológicos del hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2021*. [Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma de Ica]. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1776/1/Jessica%20Esther%20Tello%20Torres.pdf>
- The Global Cancer Observatory. (2021). *Peru: Globocan 2020*. [ArchivoPDF] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
- The United Nations International Children's Emergency Fund. (2023). *Cómo reconocer las emociones*. <https://www.unicef.org/lac/como-reconocer-nuestras-emociones>

- Todd, R. M., Ehlers, M. R., Müller, D. J., Robertson, A., Palombo, D. J., Freeman, N., Levine, B., & Anderson, A. K. (2015). Neurogenetic Variations in Norepinephrine Availability Enhance Perceptual Vividness. *The Journal of Neuroscience*, 35(16), 6506-6516. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.4489-14.2015>
- Torres, J. (2022). *La soledad y la adicción a las redes sociales en adolescentes* [Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Continental]. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11499/2/IV_FHU_501_T_E_Torres_Donayres_2022.pdf
- Villoria, E., Lara, L., & Salcedo, R. (2021). Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. *Revista Médica de Chile*, 149(5), 708–715. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000500708>
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. MIT Press.
- World Cancer Day. (s. f.). *¿Qué es el cáncer?* <https://www.worldcancerday.org/es/que-es-el-cancer>
- Yamamoto, J. (2016). The Social Psychology of Latin American Happiness. *Handbook of Happiness Research in Latin America*, Springer, 31–49.
- Yélamos C., Berzal E., De Haro D., Fernández B., (2021). Informe sobre la evolución del impacto emocional sufrido por las personas con cáncer durante la segunda ola de la pandemia. *Observatorio del Cáncer de la AECC*, Madrid. https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Informe_COVID_Segunda_Ola.pdf
- Zamora, M. (2019) *Estado emocional de pacientes y familiares en la unidad de cuidados paliativos de un hospital general y satisfacción con la atención recibida*. [Tesis de Doctorado en Deporte y Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche España]. <http://bdigital.unal.edu.co/10578/>

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DE SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL PARA ADULTOS (SESLA-S)

INSTRUCCIONES:

Responda por favor a las preguntas que le presentamos a continuación, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una (x) la opción que mejor crea conveniente.

Indique de manera más sincera posible, de acuerdo con lo que usted está experimentando en este momento, recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

1: Totalmente en desacuerdo

2: Bastante en desacuerdo

3: En desacuerdo

4: Ni de acuerdo Ni en desacuerdo

5: De acuerdo

6: Bastante de acuerdo

7: Totalmente de acuerdo.

N.º	ITEMS	1	2	3	4	5	6	7
1	Me siento solo cuando estoy con mi familia.							
2	Me siento parte de un grupo de amigos.							
3	Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos							
4	No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.							
5	Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.							
6	Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.							
7	No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.							
8	Me siento cercano a mi familia.							
9	Puedo contar con mis amigos para que me ayuden							
10	Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.							
11	Me siento parte de mi familia.							
12	Mi familia realmente cuida de mí.							
13	No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.							
14	Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad							
15	Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.							

Anexo 2

ESCALA DE INTENSIDAD AFECTIVA DE LARSEN

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de instrucción: _____

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a sus reacciones emocionales ante sucesos o hechos típicos de su vida. Por favor, conteste con sinceridad indicando cómo reacciona normalmente, sobre la base de la siguiente escala:

1=nunca 2=Casi nunca 3=A veces 4=Regularmente 5=Casi siempre 6=Siempre

1=N 2=CN 3=AV 4=R 5=CS 6=S

- 1 Cuando logro hacer algo que creía difícil me siento encantado, pletórico.
- 2 Cuando estoy feliz, tengo un sentimiento muy fuerte de euforia.
- 3 Me gusta muchísimo estar con gente.
- 4 Me siento bastante mal cuando miento.
- 5 Cuando resuelvo un pequeño problema me siento eufórico.
- 6 Creo que mis emociones tienden a ser más intensas que las de la mayoría de gente.
- 7 Mis buenos estados de ánimo son tan intensos que en esos momentos me siento en el paraíso.
- 8 Me entusiasmo demasiado.
- 9 Cuando termino de hacer un trabajo que me parecía imposible, me siento muy satisfecho.
- 10 Mi corazón se acelera cuando va pasar algo importante.
- 11 Las películas tristes me afectan mucho
- 12 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento de estar tranquilo y contento, más que de estar entusiasmado y muy animado.
- 13 Cuando tengo que hablar en público por primera vez, me tiembla la voz y se me acelera el corazón.

- Cuando me pasa algo bueno,
- 14 generalmente me entusiasmo más que los demás.
 - 15 Es posible que mis amigos piensen que soy sentimental
 - 16 Los recuerdos que más me gustan son en los que me sentía tranquilo y contento, más que en los que estaba animado y entusiasmado.
 - 17 Me afecta mucho ver a alguien que se encuentra mal.
 - 18 Cuando tengo un buen estado de ánimo me es fácil pasar de sentirme bien a estar muy contento.
 - 19 “Tranquilo y controlado” es una buena manera de describirme.
 - 20 Cuando estoy feliz me siento pletórico, como si fuera a reventar de alegría.
 - 21 Al ver la imagen de un accidente, el estómago se me revuelve.
 - 22 Cuando estoy feliz me siento enérgico y lleno de alegría.
 - 23 Cuando recibo un premio me pongo “supercontento”
 - 24 Cuando tengo éxito en algo, mi reacción es la de sentirme tranquilo y contento.
 - 25 Cuando hago algo mal, tengo fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.
 - 26 Puedo estar tranquilo aun en los días más problemáticos.
 - 27 Cuando las cosas van bien, me siento como en la gloria.
 - 28 Cuando me enfado, me es fácil seguir siendo racional y no reaccionar de manera extrema.
 - 29 Cuando algo me sale bien, me siento relajado y contento, más que excitado y exaltado.

- 30 Cuando siento ansiedad, normalmente es muy fuerte
- 31 Mis estados de animo negativo son poco intensos.
- 32 Cuando estoy entusiasmado por algo, busco compartir mi estado con todo el mundo.
- 33 Cuando me siento feliz, me siento principalmente tranquilo y contento.
- 34 Mis amigos probablemente dirían que soy una persona tensa o nerviosa.
- 35 Cuando estoy feliz reboso de energía
- 36 Cuando me siento culpable, es un sentimiento bastante fuerte el que noto.
- 37 Creo que mis buenos estado de animo se parecen más a la satisfacción que a la excitación.
- 38 Cuando alguien me halaga, me pongo desbordante de felicidad.
- 39 Cuando estoy nervioso, me pongo muy tenso.
- 40 Cuando estoy feliz, el sentimiento que tengo se parece más a la satisfacción y la paz interior que a la excitación.

Por favor, es importante que se cerciore de hacer respondido todas las afirmaciones.

Muchas Gracias.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio es conducido por Damaris Diana Carrasco Orellana, Nataly Stefany Picho Hidalgo y Nicole Stefany Quincho Cárdenas, bachilleres de psicología de la Universidad Continental. El objetivo de la investigación es establecer la relación entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

En función de ello, lo invitamos a participar de este estudio a través de dos cuestionarios, que se estima tendrá una duración de 45 minutos. Su participación es absolutamente voluntaria. Todos sus datos personales se mantendrán en estricta confidencialidad: se codificarán con un número para identificarlos de modo que se mantenga el anonimato. Además, no serán usados para ningún otro propósito que la investigación. Su participación no involucra ningún beneficio directo para su persona. Si usted lo desea, un informe de los resultados de la investigación se le puede hacer llegar cuando la investigación haya concluido y usted lo solicite, para ello usted nos brindará el medio de comunicación más conveniente para hacerle llegar la información.

Su participación será sin costo alguno. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole. Todas las consultas o dudas que tenga sobre la investigación pueden ser atendidas en cualquier momento durante su participación. Así mismo, puede retirar su participación en el momento que lo desee sin ningún perjuicio. Si durante la entrevista alguna de las preguntas le resulta incómoda, puede decírselo al entrevistador y también puede, si así lo desea, no responderla. Una vez que acepte participar, una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Damaris Diana Carrasco Orellana, Nataly Stefany Picho Hidalgo y Nicole Stefany Quincho Cárdenas. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es establecer la relación entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).

Se me ha informado que tendré que responder preguntas de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen y la escala de soledad social y emocional, las cuales en conjunto tomará aproximadamente 45 minutos en ser respondidas.

Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a (77272409@continental.edu.pe , 73661516@continental.edu.pe o 72407218@continental.edu.pe) al teléfono 964281001 , 940152400 , 996610402.

Estoy al tanto de que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando este haya concluido. Estoy al tanto que no recibiré ninguna compensación económica por mi participación. Para esto, puedo contactar a (77272409@continental.edu.pe , 73661516@continental.edu.pe o 72407218@continental.edu.pe) al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del participante:

Firma del participante: _____

Fecha:

ANEXO 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA TEÓRICA

Problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Orientación	Variable	Dimensiones y Subdimensiones	Número de ítems	Metodología	
1. Problema general	1.Objetivo general	1. Hipótesis general						
¿Cuál es la relación de la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	Establecer la relación entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	Existe una relación significativa entre la soledad y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	Enfoque	Soledad	Soledad Romántica	3, 6, 10, 14, 15.	Diseño de investigación	Tipo de datos a recolectar
			Cuantitativo		Soledad Familiar	1, 4, 8, 11, 12	No experimental	Nominal
2. Problemas específicos	2.Objetivos específicos	2. Hipótesis específica						
2.1. ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.1. Identificar la relación entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.5. Existe una relación significativa entre la soledad social y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	Paradigma	Soledad	Soledad Social	2, 5, 7, 9, 13	Población	Técnica de recolección de datos
							Encuesta	
2.2. ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de	2.2. Identificar la relación entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto	1.6. Existe una relación significativa entre la soledad social y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de	Interpretativo	Intensidad Afectiva	Afectividad Positiva	35, 27, 7, 22, 8, 2, 32, 23, 14, 18, 1, 38, 9, 3, 5, 20, 6, 10.	Pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica	

Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).		Intensidad negativa	30, 26,34, 39, 13.			Instrumentos de recolección de datos
2.3. ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.3. Identificar la relación entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.7. Existe una relación significativa entre la soledad social y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	Tipo de investigación					Test psicológico
			Básica	Serenidad	40, 29, 24, 37, 33, 16, 12, 19, 28, 31.	(150) Pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica		- Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SESLA-S) -Escala de Intensidad Afectiva de Larsen
2.4. ¿Cuál es la relación entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.4. Identificar la relación entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.8. Existe una relación significativa entre la soledad social y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).						
2.5. ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.5. Identificar la relación entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.9. Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	Alcance o nivel: correlacional	Reactividad negativa	11, 21, 25, 17, 36, 4, 15.	Técnica de muestreo: Censal		Técnicas de análisis estadístico: Programa de procesamiento IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0 y la hoja de cálculo de Microsoft Excel versión 2021 (18.0)
2.6. ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.6. Identificar la relación entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.10. Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).						

<p>Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>Concepción, Junín (2023).</p>	<p>Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>
<p>2.7. ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>2.7. Identificar la relación entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>	<p>1.11. Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>
<p>2.8. ¿Cuál es la relación entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>2.8. Identificar la relación entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>	<p>1.12. Existe una relación significativa entre la soledad emocional y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>
<p>2.9. ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>2.9. Identificar la relación entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>	<p>1.13. Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>
<p>2.10. ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>2.10. Identificar la relación entre la soledad familiar y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>	<p>1.14. Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la intensidad negativa</p>

Concepción, Junín (2023)?	2.11. Identificar la relación entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
2.11. ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.12. Identificar la relación entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.15. Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
2.12. ¿Cuál es la relación entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.13. Identificar la relación entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.16. Existe una relación significativa entre la soledad familiar y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
2.13. ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.14. Identificar la relación entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).	1.17. Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la afectividad positiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).
2.14. ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?	2.15. Identificar la relación entre la soledad	1.18. Existe una relación significativa

<p>2.15. ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>	<p>entre la soledad romántica y la intensidad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>
<p>2.16. ¿Cuál es la relación entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023)?</p>	<p>2.16. Identificar la relación entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>	<p>1.19. Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la serenidad en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>
		<p>1.20. Existe una relación significativa entre la soledad romántica y la reactividad negativa en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín (2023).</p>

Anexo 5

JUICIO DE EXPERTOS

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES: Para validar el Instrumento debe colocar en el casillero de los criterios: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, el número que según su evaluación corresponda de acuerdo a la rúbrica.

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración			
	1	2	3	4
1. SUFICIENCIA: Los ítems que pertenecen a una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener la medición de ésta.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son suficientes.
2. CLARIDAD: El ítem se comprende fácilmente, es decir su sintáctica y semántica son adecuadas.	El ítem no es claro.	El ítem requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
3. COHERENCIA: El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión o indicador.	El ítem tiene una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión o indicador que está midiendo.
4. RELEVANCIA: El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.


FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

TABLA N° 1

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S)					
Autor del Instrumento	DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A en Canadá - Adaptado por: Rivasplata Martiarena, Jilly Dayana en Perú					
Variable 1:	Independiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO)					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
DIMENSIÓN I: Soledad Social	2. Me siento parte de un grupo de amigos.	4	4	4	4	
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.	4	4	4	4	
	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.	4	4	4	4	
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.	4	4	4	4	
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN II: Soledad Familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia.	4	4	4	4	
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.	4	4	4	4	
	8. Me siento cercano a mi familia.	4	4	4	4	
	11. Me siento parte de mi familia.	4	4	4	4	
	12. Mi familia realmente cuida de mí.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN III: Soledad Romántica	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.	4	4	4	4	
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.	4	4	4	4	

10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.	4	4	4	4	
14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad.	4	4	4	4	
15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.	4	4	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	<i>Moisés Braciany Colonio Chuquillanqui</i>
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	<i>Lic. en Psicología - Egreso de Maestría en Educ. Sup.</i>
Número de colegiatura:	<i>34855</i>
E-mail:	<i>mcolonio@ps@gmail.com</i>
Firma:	 

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.


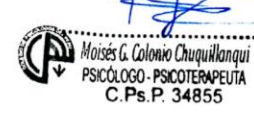
FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

TABLA N° 2

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Estructura Factorial de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (E.I.A.)					
Autor del Instrumento	Larsen, R.J. (1984) en Inglaterra - Adaptado por Hebert Gilbert Gómez Maldonado en Perú					
Variable 2:	Dependiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO).					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
FACTOR I: Afectividad	20 Cuando estoy feliz me siento plétórico, como si fuera a reventar de alegría.	4	4	4	4	
	35 Cuando estoy feliz rebozo de energía.	4	4	4	4	
	7 Mis buenos estados de ánimo son tan intensos que en esos momentos me siento en el paraíso.	4	4	4	4	
	22 Cuando estoy feliz me siento enérgico y lleno de alegría.	4	4	4	4	
	9 Cuando termino de hacer un trabajo que me parecía imposible, me siento muy satisfecho.	4	4	4	4	
	8 Me entusiasmo demasiado.	4	4	4	4	
	2 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento muy fuerte de euforia.	4	4	4	4	
	27 Cuando las cosas van bien, me siento como en la gloria.	4	4	4	4	
	14 Cuando me pasa algo bueno, generalmente me entusiasmo más de los demás.	4	4	4	4	
	32 Cuando estoy entusiasmado por algo, bueno compartir mi estado con todo el mundo.	4	4	4	4	
	18 Cuando tengo un buen estado de ánimo me es fácil pasar de sentirme bien a estar muy contento.	4	4	4	4	
	3 Me gusta muchísimo estar con gente.	4	4	4	4	
	1 Cuando logro hacer algo que creía difícil me siento encantado, plétórico.	4	4	4	4	

FACTOR III: Reactividad negativa	estómago se me revuelve.	4	4	4	4
	25 Cuando hago algo mal, tengo fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.	4	4	4	4
	17. Me afecta mucho ver a alguien que se encuentra mal.	4	4	4	4
	36 Cuando me siento culpable, es un sentimiento bastante fuerte el que noto.	4	4	4	4
	4 Me siento bastante mal cuando miento.	4	4	4	4
	15 Es posible que mis amigos piensen que soy sentimental.	4	4	4	4
FACTOR IV: Intensidad Negativa	30 Cuando siento ansiedad normalmente es muy fuerte.	4	4	4	4
	26 Puedo estar tranquila aún en los días más problemáticos.	4	4	4	4
	34 Mis amigos normalmente dirían que soy una persona tensa o nerviosa.	4	4	4	4
	39 Cuando estoy nerviosos me pongo muy intenso.	4	4	4	4
	13 Cuando tengo que hablar en público por primera vez, me tiembla la voz y se me acelera el corazón.	4	4	4	4

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	Moisés Graciano Colonio Chuquillanqui
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	Lic. en Psicología - Egresado de Maestría en Educ. Superior
Número de colegiatura:	34855
E-mail:	mecolonio@p@gmail.com
Firma:	 

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.



FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

TABLA N° 1

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S)					
Autor del Instrumento	DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A en Canadá - Adaptado por: Rivasplata Martiarena, Jilly Dayana en Perú					
Variable I:	Independiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO)					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
DIMENSIÓN I: Soledad Social	2. Me siento parte de un grupo de amigos.	4	4	4	4	
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.	3	4	3	4	
	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.	4	4	4	4	
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.	4	4	4	4	
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN II: Soledad Familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia.	4	4	4	4	
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.	4	4	4	4	
	8. Me siento cercano a mi familia.	4	4	4	4	
	11. Me siento parte de mi familia.	4	4	4	4	
	12. Mi familia realmente cuida de mí.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN III: Soledad Romántica	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.	4	4	4	4	
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.	4	4	3	3	

	10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.	4	4	4	4	
	14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad.	4	4	4	4	
	15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.	4	3	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	RICHARD INCHE CAMPOS
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	PSICÓLOGO - LICENCIADO - UNIVERSIDAD CONTINENTAL
Número de colegiatura:	49634
E-mail:	RINCHE @ CONTINENTAL. EDU. PE
Firma:	 

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

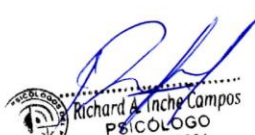

TABLA N° 2

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Estructura Factorial de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (E.I.A.)					
Autor del Instrumento	Larsen, R.J. (1984) en Inglaterra - Adaptado por Hebert Gilbert Gómez Maldonado en Perú					
Variable 2:	Dependiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO).					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
FACTOR I: Afectividad	20 Cuando estoy feliz me siento plétórico, como si fuera a reventar de alegría.	4	3	4	4	
	35 Cuando estoy feliz rebozo de energía.	4	3	4	4	
	7 Mis buenos estados de ánimo son tan intensos que en esos momentos me siento en el paraíso.	4	4	4	4	
	22 Cuando estoy feliz me siento enérgico y lleno de alegría.	4	4	4	4	
	9 Cuando termino de hacer un trabajo que me parecía imposible, me siento muy satisfecho.	4	4	4	4	
	8 Me entusiasmo demasiado.	4	4	4	4	
	2 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento muy fuerte de euforia.	4	3	4	4	
	27 Cuando las cosas van bien, me siento como en la gloria.	4	4	4	4	
	14 Cuando me pasa algo bueno, generalmente me entusiasmo más de los demás.	4	4	4	4	
	32 Cuando estoy entusiasmado por algo, bueno compartir mi estado con todo el mundo.	4	3	3	4	
	18 Cuando tengo un buen estado de ánimo me es fácil pasar de sentirme bien a estar muy contento.	4	4	4	4	
	3 Me gusta muchísimo estar con gente.	4	4	4	4	
1 Cuando logro hacer algo que creía difícil me siento encantado, plétórico.	4	3	4	4	Usar sinónimo del término plétórico.	

	23 Cuando recibo un premio me pongo "super contento".	4	4	4	4	
	10 Mi corazón se acelera cuando va a pasar algo importante.	4	4	4	4	
	5 Cuando resuelvo un pequeño problema me siento eufórico.	4	4	4	4	
	6 Creo que mis emociones tienden a ser más intensas que las de la mayoría de la gente.	4	4	4	4	
	38 Cuando alguien me halaga, me pongo desbordante de felicidad.	4	4	4	4	
FACTOR II: Serenidad	40 Cuando estoy feliz, el sentimiento que tengo se parece más a la satisfacción y la paz interior que a la excitación.	4	3	3	4	
	29 Cuando algo me sale bien, me siento relajado y contento, más que excitado y exaltado.	4	4	4	4	
	24 Cuando tengo éxito en algo, mi reacción es la de sentirme tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	37 Creo que mis buenos estados de ánimo se parecen más a la satisfacción que a la excitación.	4	4	4	4	
	33 Cuando me siento feliz, me siento principalmente tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	16 Los recuerdos que más me gustan son en los que me sentía tranquilo y contento, más que en los que estaba animado y entusiasmado.	4	4	4	4	
	12 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento de estar tranquilo y contento, más que de estar entusiasmado y muy animado.	4	4	4	4	
	19 "Tranquilo y controlado" es una buena manera de describirme.	4	4	4	4	
	28 Cuando me enfado, me es fácil seguir siendo racional y no reaccionar de manera extrema.	4	4	4	4	
	31 Mis estados de ánimo negativo son poco intensos.	4	4	4	4	
		11. Las películas tristes me afectan mucho.	4	4	4	4
	21 Al ver la imagen de un accidente, el	4	4	4	4	

FACTOR III: Reactividad negativa	estómago se me revuelve.					
	25 Cuando hago algo mal, tengo fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.	4	4	4	4	
	17. Me afecta mucho ver a alguien que se encuentra mal.	4	4	4	4	
	36 Cuando me siento culpable, es un sentimiento bastante fuerte el que noto.	4	4	4	4	
	4 Me siento bastante mal cuando miento.	4	4	4	4	
	15 Es posible que mis amigos piensen que soy sentimental.	4	4	4	4	
FACTOR IV: Intensidad Negativa	30 Cuando siento ansiedad normalmente es muy fuerte.	4	4	4	4	
	26 Puedo estar tranquila aún en los días más problemáticos.	4	4	4	4	
	34 Mis amigos normalmente dirían que soy una persona tensa o nerviosa.	4	4	4	4	
	39 Cuando estoy nerviosos me pongo muy intenso.	4	4	4	4	
	13 Cuando tengo que hablar en público por primera vez, me tiembla la voz y se me acelera el corazón.	4	4	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	RICHARD INCHE CAMPOS
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	JEFE DE PRACTICA, LICENCIADO, UNIVERSIDAD CONTINENTAL
Número de colegiatura:	49634
E-mail:	RINCHE@CONTINENTAL.EDU-PE
Firma:	 

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS


TABLA N° 1

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S)					
Autor del Instrumento	DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A en Canadá - Adaptado por: Rivasplata Martiarena, Jilly Dayana en Perú					
Variable 1:	Independiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO)					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
DIMENSIÓN I: Soledad Social	2. Me siento parte de un grupo de amigos.	4	4	4	4	
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.	4	4	4	4	
	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.	4	4	4	4	
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.	4	4	4	4	
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN II: Soledad Familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia.	4	4	4	4	
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.	4	4	4	4	
	8. Me siento cercano a mi familia.	4	4	4	4	
	11. Me siento parte de mi familia.	4	4	4	4	
	12. Mi familia realmente cuida de mí.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN III: Soledad Romántica	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.	4	4	4	4	
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.	4	4	4	4	

	23 Cuando recibo un premio me pongo "super contento".	4	4	4	4	
	10 Mi corazón se acelera cuando va a pasar algo importante.	4	4	4	4	
	5 Cuando resuelvo un pequeño problema me siento eufórico.	4	4	4	4	
	6 Creo que mis emociones tienden a ser más intensas que las de la mayoría de la gente.	4	4	4	4	
	38 Cuando alguien me halaga, me pongo desbordante de felicidad.	4	4	4	4	
FACTOR II: Serenidad	40 Cuando estoy feliz, el sentimiento que tengo se parece más a la satisfacción y la paz interior que a la excitación.	4	4	4	4	
	29 Cuando algo me sale bien, me siento relajado y contento, más que excitado y exaltado.	4	4	4	4	
	24 Cuando tengo éxito en algo, mi reacción es la de sentirme tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	37 Creo que mis buenos estados de ánimo se parecen más a la satisfacción que a la excitación.	4	4	4	4	
	33 Cuando me siento feliz, me siento principalmente tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	16 Los recuerdos que más me gustan son en los que me sentía tranquilo y contento, más que en los que estaba animado y entusiasmado.	4	4	4	4	
	12 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento de estar tranquilo y contento, más que de estar entusiasmado y muy animado.	4	4	4	4	
	19 "Tranquilo y controlado" es una buena manera de describirme.	4	4	4	4	
	28 Cuando me enfado, me es fácil seguir siendo racional y no reaccionar de manera extrema.	4	4	4	4	
	31 Mis estados de ánimo negativo son poco intensos.	4	4	4	4	
	11. Las películas tristes me afectan mucho.	4	4	4	4	
	21 Al ver la imagen de un accidente, el	4	4	4	4	

FACTOR III: Reactividad negativa	estómago se me revuelve.	4				
	25 Cuando hago algo mal, tengo fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.	4	4	4	4	
	17. Me afecta mucho ver a alguien que se encuentra mal.	4	4	4	4	
	36 Cuando me siento culpable, es un sentimiento bastante fuerte el que noto.	4	4	4	4	
	4 Me siento bastante mal cuando miento.	4	4	4	4	
	15 Es posible que mis amigos piensen que soy sentimental.	4	4	4	4	
FACTOR IV: Intensidad Negativa	30 Cuando siento ansiedad normalmente es muy fuerte.	4	4	4	4	
	26 Puedo estar tranquila aún en los días más problemáticos.	4	4	4	4	
	34 Mis amigos normalmente dirían que soy una persona tensa o nerviosa.	4	4	4	4	
	39 Cuando estoy nerviosos me pongo muy intenso.	4	4	4	4	
	13 Cuando tengo que hablar en público por primera vez, me tiembla la voz y se me acelera el corazón.	4	4	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	JOSELIN KAREN ALANYA QUISPE
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	· GERENTE DE CLÍNICA ALTA SALUD. · LICENCIADA EN PSICOLOGIA.
Número de colegiatura:	034506
E-mail:	yosiag20@gmail.com
Firma:	 Joselin K. Alanya Quispe PSICOLOGA C.Ps.P 34506

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.


FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

TABLA N° 1

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S)					
Autor del Instrumento	DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A en Canadá - Adaptado por: Rivasplata Martiarena, Jilly Dayana en Perú					
Variable 1:	Independiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO)					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
DIMENSIÓN I: Soledad Social	2. Me siento parte de un grupo de amigos.	4	4	4	4	
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.	4	4	4	4	
	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.	4	3	4	4	Podrías cambiarlo por ideas o pensamientos
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.	4	4	4	4	
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN II: Soledad Familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia.	4	4	4	4	
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.	4	4	4	4	
	8. Me siento cercano a mi familia.	4	4	4	4	
	11. Me siento parte de mi familia.	4	4	4	4	
	12. Mi familia realmente cuida de mí.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN III: Soledad Romántica	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.	4	4	4	4	
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.	4	4	4	4	

	10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.	4	4	4	4	
	14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad.	4	4	4	4	
	15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.	4	2	4	4	Términos más simples de entender

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	Gianina Olinda Pancorbo Rodriguez
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	Lic. en Psicología del Centro Emergencia Mujer de Chupaca
Número de colegiatura:	25093
E-mail:	gpacorbo1908@gmail,.com
Firma:	

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS


TABLA N° 2

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Estructura Factorial de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (E.I.A.)					
Autor del Instrumento	Larsen, R.J. (1984) en Inglaterra - Adaptado por Hebert Gilbert Gómez Maldonado en Perú					
Variable 2:	Dependiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO).					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
FACTOR I: Afectividad	20 Cuando estoy feliz me siento pletórico , como si fuera a reventar de alegría.	4	3	4	4	Termino mas entendible a la población
	35 Cuando estoy feliz rebozo de energía.	4	3	4	4	Termino mas entendible a la población
	7 Mis buenos estados de ánimo son tan intensos que en esos momentos me siento en el paraíso.	4	4	4	4	
	22 Cuando estoy feliz me siento enérgico y lleno de alegría.	4	4	4	4	
	9 Cuando termino de hacer un trabajo que me parecía imposible, me siento muy satisfecho.	4	4	4	4	
	8 Me entusiasmo demasiado.	4	4	4	4	
	2 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento muy fuerte de euforia .	4	3	4	4	Termino mas entendible a la población
	27 Cuando las cosas van bien, me siento como en la gloria.	4	4	4	4	
	14 Cuando me pasa algo bueno, generalmente me entusiasmo más de los demás.	4	4	4	4	
	32 Cuando estoy entusiasmado por algo, bueno compartir mi estado con todo el mundo.	4	4	4	4	
	18 Cuando tengo un buen estado de ánimo me es fácil pasar de sentirme bien a estar muy contento.	4	4	4	4	
	3 Me gusta muchísimo estar con gente.	4	4	4	4	
	1 Cuando logro hacer algo que creía difícil me siento encantado, pletórico .	4	3	4	4	Termino mas entendible a la población

	23 Cuando recibo un premio me pongo “super contento”.	4	4	4	4	
	10 Mi corazón se acelera cuando va a pasar algo importante.	4	4	4	4	
	5 Cuando resuelvo un pequeño problema me siento eufórico .	4	3	4	4	Termino mas entendible a la población
	6 Creo que mis emociones tienden a ser más intensas que las de la mayoría de la gente.	4	4	4	4	
	38 Cuando alguien me halaga, me pongo desbordante de felicidad.	4	4	4	4	
FACTOR II: Serenidad	40 Cuando estoy feliz, el sentimiento que tengo se parece más a la satisfacción y la paz interior que a la excitación .	4	3	4	4	Considerar sinónimos
	29 Cuando algo me sale bien, me siento relajado y contento, más que excitado y exaltado.	4	3	4	4	Considerar sinónimos
	24 Cuando tengo éxito en algo, mi reacción es la de sentirme tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	37 Creo que mis buenos estados de ánimo se parecen más a la satisfacción que a la excitación .	4	3	4	4	Considerar sinónimos
	33 Cuando me siento feliz, me siento principalmente tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	16 Los recuerdos que más me gustan son en los que me sentía tranquilo y contento, más que en los que estaba animado y entusiasmado.	4	4	4	4	
	12 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento de estar tranquilo y contento, más que de estar entusiasmado y muy animado.	4	4	4	4	
	19 “Tranquilo y controlado” es una buena manera de describirme.	4	4	4	4	
	28 Cuando me enfado, me es fácil seguir siendo racional y no reaccionar de manera extrema.	4	4	4	4	
	31 Mis estados de ánimo negativo son poco intensos.	4	4	4	4	
	11. Las películas tristes me afectan mucho.	4	4	4	4	
	21 Al ver la imagen de un accidente, el	4	4	4	4	

FACTOR III: Reactividad negativa	estómago se me revuelve.					
	25 Cuando hago algo mal, tengo fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.	4	4	4	4	
	17. Me afecta mucho ver a alguien que se encuentra mal.	4	4	4	4	
	36 Cuando me siento culpable, es un sentimiento bastante fuerte el que noto.	4	4	4	4	
	4 Me siento bastante mal cuando miento.	4	4	4	4	
	15 Es posible que mis amigos piensen que soy sentimental.	4	4	4	4	
FACTOR IV: Intensidad Negativa	30 Cuando siento ansiedad normalmente es muy fuerte.	4	4	4	4	
	26 Puedo estar tranquila aún en los días más problemáticos.	4	4	4	4	
	34 Mis amigos normalmente dirían que soy una persona tensa o nerviosa.	4	4	4	4	
	39 Cuando estoy nerviosos me pongo muy intenso.	4	4	4	4	
	13 Cuando tengo que hablar en público por primera vez, me tiembla la voz y se me acelera el corazón.	4	4	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	Gianina Olinda Pancorbo Rodriguez
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	Lic. en Psicología del Centro Emergencia Mujer de Chupaca
Número de colegiatura:	25093
E-mail:	gpancorbo1908@gmail.com
Firma:	 <p>Ps. Gianina Pancorbo Rodriguez C.Ps.P 25093</p>

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

TABLA N° 1

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Escala de soledad social y emocional para adultos (SELSA-S)					
Autor del Instrumento	DiTommaso, E., Brannen, C. y Best, L. A en Canadá - Adaptado por: Rivasplata Martiarena, Jilly Dayana en Perú					
Variable 1:	Independiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO)					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
DIMENSIÓN I: Soledad Social	2. Me siento parte de un grupo de amigos.	4	4	4	4	
	5. Mis amigos comprenden mis motivos y mi forma de razonar.	4	4	4	4	
	7. No tengo amigos que compartan mis puntos de vista, pero me gustaría tenerlos.	4	3	4	4	
	9. Puedo contar con mis amigos para que me ayuden.	4	4	4	4	
	13. No tengo ningún amigo que me comprenda, pero me gustaría tenerlo.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN II: Soledad Familiar	1. Me siento solo cuando estoy con mi familia.	4	4	4	4	
	4. No hay nadie en mi familia con quien pueda contar para que me apoye y estimule, pero me gustaría que lo hubiera.	4	4	4	4	
	8. Me siento cercano a mi familia.	4	4	4	4	
	11. Me siento parte de mi familia.	4	4	4	4	
	12. Mi familia realmente cuida de mí.	4	4	4	4	
DIMENSIÓN III: Soledad Romántica	3. Tengo una pareja con quien comparto mis pensamientos y sentimientos más íntimos.	4	4	4	4	
	6. Tengo una pareja que me da todo el apoyo y estímulo que necesito.	4	4	4	4	

	10. Desearía tener una relación romántica más satisfactoria.	4	4	4	4	
	14. Tengo una pareja sentimental y contribuyo a su felicidad.	4	4	4	4	
	15. Tengo una necesidad insatisfecha de una relación romántica íntima.	4	4	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	Javier Santiago Rojas Carbajal
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	Licenciado en Psicología de la Universidad Peruana Los Andes. Egresado de la Maestría en Prevención e Intervención de Niños y adolescente de la Universidad Peruana Los Andes. Psicólogo de la Unidad Médico Legal I Chupaca – Ministerio Público
Número de colegiatura:	C.Ps.P. 31369
E-mail:	jarojasc@mpfn.gob.pe
Firma:	

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.

FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

TABLA N° 2

Nombre del Instrumento motivo de evaluación:	Estructura Factorial de la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (E.I.A.)					
Autor del Instrumento	Larsen, R.J. (1984) en Inglaterra - Adaptado por Hebert Gilbert Gómez Maldonado en Perú					
Variable 2:	Dependiente					
Población:	Pacientes paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Concepción (IREN - CENTRO).					
Dimensión / Indicador	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones y/o recomendaciones
FACTOR I: Afectividad	20 Cuando estoy feliz me siento pletórico, como si fuera a reventar de alegría.	4	1	4	4	Aclarar que es “pletórico” o darle otro significado porque son paciente que en la mayoría son de centro poblados.
	35 Cuando estoy feliz rebozo de energía.	4	4	4	4	
	7 Mis buenos estados de ánimo son tan intensos que en esos momentos me siento en el paraíso.	4	4	4	4	
	22 Cuando estoy feliz me siento enérgico y lleno de alegría.	4	4	4	4	
	9 Cuando termino de hacer un trabajo que me parecía imposible, me siento muy satisfecho.	4	4	4	4	
	8 Me entusiasmo demasiado.	4	4	4	4	
	2 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento muy fuerte de euforia.	4	1	4	4	Darle otro sentido o sinónimo a la palabra “euforia”
	27 Cuando las cosas van bien, me siento como en la gloria.	4	4	4	4	
	14 Cuando me pasa algo bueno, generalmente me entusiasmo más de los demás.	4	4	4	4	
	32 Cuando estoy entusiasmado por algo, bueno compartir mi estado con todo el mundo.	4	1	4	4	Aclarar “mi estado”
	18 Cuando tengo un buen estado de ánimo me es fácil pasar de sentirme bien a estar muy contento.	4	4	4	4	
	3 Me gusta muchísimo estar con gente.	4	4	4	4	
1 Cuando logro hacer algo que creía difícil	4	1	4	4	Aclarar “pletórico”o darle otro significado	

	me siento encantado, pletórico.					
	23 Cuando recibo un premio me pongo “super contento”.	4	4	4	4	
	10 Mi corazón se acelera cuando va a pasar algo importante.	4	4	4	4	
	5 Cuando resuelvo un pequeño problema me siento eufórico.	4	1	4	4	Aclarar “euforico”
	6 Creo que mis emociones tienden a ser más intensas que las de la mayoría de la gente.	4	4	4	4	
	38 Cuando alguien me halaga, me pongo desbordante de felicidad.	4	4	4	4	
FACTOR II: Serenidad	40 Cuando estoy feliz, el sentimiento que tengo se parece más a la satisfacción y la paz interior que a la excitación.	4	1	4	4	Aclarar “excitación” o darle otro sentido.
	29 Cuando algo me sale bien, me siento relajado y contento, más que excitado y exaltado.	4	1	4	4	Aclarar “excitado” o darle otro sentido.
	24 Cuando tengo éxito en algo, mi reacción es la de sentirme tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	37 Creo que mis buenos estados de ánimo se parecen más a la satisfacción que a la excitación.	4	1	4	4	Aclarar “excitación” o darle otro sentido.
	33 Cuando me siento feliz, me siento principalmente tranquilo y contento.	4	4	4	4	
	16 Los recuerdos que más me gustan son en los que me sentía tranquilo y contento, más que en los que estaba animado y entusiasmado.	4	4	4	4	
	12 Cuando estoy feliz tengo un sentimiento de estar tranquilo y contento, más que de estar entusiasmado y muy animado.	4	4	4	4	
	19 “Tranquilo y controlado” es una buena manera de describirme.	4	4	4	4	
	28 Cuando me enfado, me es fácil seguir siendo racional y no reaccionar de manera extrema.	4	4	4	4	
	31 Mis estados de ánimo negativo son poco intensos.	4	4	4	4	
	11. Las películas tristes me afectan mucho.	4	4	4	4	

FACTOR III: Reactividad negativa	21 Al ver la imagen de un accidente, el estómago se me revuelve.	4	4	4	4	
	25 Cuando hago algo mal, tengo fuertes sentimientos de vergüenza y culpa.	4	4	4	4	
	17. Me afecta mucho ver a alguien que se encuentra mal.	4	4	4	4	
	36 Cuando me siento culpable, es un sentimiento bastante fuerte el que noto.	4	4	4	4	
	4 Me siento bastante mal cuando miento.	4	4	4	4	
	15 Es posible que mis amigos piensen que soy sentimental.	4	4	4	4	
FACTOR IV: Intensidad Negativa	30 Cuando siento ansiedad normalmente es muy fuerte.	4	4	4	4	
	26 Puedo estar tranquila aún en los días más problemáticos.	4	4	4	4	
	34 Mis amigos normalmente dirían que soy una persona tensa o nerviosa.	4	4	4	4	
	39 Cuando estoy nerviosos me pongo muy intenso.	4	4	4	4	
	13 Cuando tengo que hablar en público por primera vez, me tiembla la voz y se me acelera el corazón.	4	4	4	4	

Identificación del experto:

Nombre y apellidos:	Javier Santiago Rojas Carbajal
Filiación: (ocupación, grado académico y/o lugar de trabajo)	Licenciado en Psicología de la Universidad Peruana Los Andes. Egresado de la Maestría en Prevención e Intervención de Niños y adolescente de la Universidad Peruana Los Andes. Psicólogo de la Unidad Médico Legal I Chupaca – Ministerio Público
Número de colegiatura:	C.Ps.P. 31369
E-mail:	jarojasc@mpfn.gob.pe
Firma:	 

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.

Anexo 6

DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"



Concepción, 14 de abril del 2023

CARTA N° 066-2023/GRJ /DIRESA/IREN-CENTRO/DG

Señores:

**NATALY STEFANY PICHO HIDALGO
NICOLE STEFANY QUINCHO CARDENAS
MONICA ROCIO SALAMAN TITO**

Investigadoras

Presente.-

ASUNTO : Autorización para Ejecución de Protocolo de Investigación

REFERENCIA : Carta s/n



De mi consideración me dirijo a Usted para expresar mi cordial saludo y hacer de su conocimiento que, teniendo dictamen favorable por el Comité de Ética en Investigación y nota aprobatoria en la revisión metodológica, se emite la presente carta de autorización para ejecución de la enmienda del Protocolo de Investigación "*La soledad social y emocional, y la intensidad afectiva en pacientes de cuidados paliativos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-Centro, Concepción, Junín - 2023*".

Con base en lo expresado anteriormente la Dirección General conceptúa que el protocolo cumple con todos los requisitos exigidos y en consecuencia otorga su aprobación para su ejecución y la recolección de datos respectiva, debiendo coordinar con la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos el otorgamiento de la identificación respectiva para el inicio de la ejecución del proyecto en caso ser necesario.

Atentamente.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
IREN - INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
CENTRO NEOPLÁSICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO

Martin Gonzalez Palomino

Fs. 01
VMGP/ acrr
C.c Archivo

N° DOC.	06616519
N° EXP.	04547861

SOLICITUD PARA RENUNCIA AL PROYECTO DE TESIS

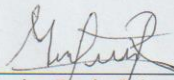
Huancayo, 08 de mayo del 2023

A Quien corresponda

Yo, Monica Rocio Salaman Tito, egresado de la escuela académica profesional de psicología, a través de la presente, dejo constancia de mi renuncia al proyecto de Tesis, "LA SOLEDAD SOCIAL Y EMOCIONAL, Y LA INTENSIDAD AFECTIVA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - CENTRO, CONCEPCIÓN, JUNÍN – 2023" dejando total derecho de autoría a las investigadoras del trabajo de investigación mencionado. El motivo de mi renuncia se debe a asuntos personales y por conveniencia.

Por su gentil atención le anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente



Monica Rocio Salaman Tito
DNI 74571966

Anexo 7

ESTADÍSTICOS DE LA PRUEBA PILOTO

Prueba piloto-Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM)															
Item1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	4	6	6	6
Item2	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	4	5	5	5
Item3	6	6	2	6	6	6	5	5	6	5	2	2	4	6	4
Item4	5	6	6	6	6	6	5	3	5	6	6	6	5	6	6
Item5	5	6	6	6	5	6	6	5	6	6	5	3	4	5	4
Item6	2	2	6	1	5	5	2	2	3	6	6	2	3	5	4
Item7	6	6	6	5	6	6	1	6	6	4	4	4	4	4	4
Item8	5	5	6	6	5	6	6	6	5	5	4	2	5	4	3
Item9	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6
Item10	4	2	5	5	6	6	2	2	3	5	6	4	4	2	5
Item11	4	6	6	2	6	6	6	3	6	6	6	1	2	6	1
Item12	5	6	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	6	5	4
Item13	3	4	6	1	6	1	6	1	6	6	6	5	5	6	2
Item14	2	3	6	5	6	6	3	6	5	6	6	2	4	6	5
Item15	2	2	1	6	6	6	3	6	5	6	6	1	4	6	2
Item16	4	4	5	5	4	2	5	2	6	4	3	5	6	6	5
Item17	5	6	6	2	6	6	6	5	6	6	5	6	5	6	6
Item18	5	4	5	6	2	5	5	5	3	4	6	2	3	6	5
Item19	5	5	6	6	2	5	2	4	3	4	6	5	4	6	5
Item20	6	6	6	6	5	6	2	6	6	6	4	2	3	5	2
Item21	1	4	6	1	6	6	5	1	3	6	5	5	2	6	5
Item22	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	5	5
Item23	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	5	6
Item24	5	5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	6	5	5
Item25	5	6	6	4	6	6	5	3	6	6	6	6	3	6	2
Item26	3	6	2	2	6	6	5	1	1	5	6	6	1	5	2
Item27	6	5	6	6	6	6	6	6	5	6	6	2	4	5	4
Item28	5	2	6	5	5	6	5	6	6	2	4	5	6	4	5
Item29	4	6	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5	6	5	5
Item30	2	5	6	4	4	6	5	3	3	5	6	6	3	4	6
Item31	5	3	5	6	2	2	3	5	2	3	5	1	5	5	3
Item32	5	4	6	4	6	6	5	5	6	4	6	2	3	6	5
Item33	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	6	4	5	5	6
Item34	2	2	5	1	5	2	3	2	3	4	1	1	2	2	2
Item35	5	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	2	4	5	6
Item36	4	5	6	2	6	6	6	4	6	6	5	6	5	6	6
Item37	4	5	5	5	5	2	5	3	5	5	5	6	5	5	6
Item38	4	4	6	5	6	6	5	3	6	6	4	3	5	6	2
Item39	2	5	5	5	5	5	6	2	6	6	5	2	2	6	2
Item40	4	6	5	5	5	5	5	3	5	4	6	5	6	5	4

Prueba piloto-Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S)

Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	5	2	1	3	6	1	5	7	2	1	6	2	7
1	7	7	7	1	7	2	7	1	1	7	7	2	7	7
7	1	1	1	1	1	1	6	1	1	3	1	1	1	1
1	1	1	6	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	6
5	1	1	1	1	7	1	1	1	7	1	4	1	7	4
1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1
5	7	1	6	7	6	1	3	7	5	2	3	7	2	5
1	1	1	1	7	1	7	1	3	1	1	1	7	1	1
4	7	7	6	7	7	7	5	5	7	4	3	6	7	6
1	1	2	1	3	3	2	1	3	6	1	1	2	1	2
1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1

Anexo 6
RECOLECCIÓN DE DATOS



