

Análisis de la posible pérdida del rol social en pacientes oncohematológicos

José Miguel Aguilar Tejada*, Pablo Martín García**, María Amelia García Rodríguez***, Cristina Hernández Terner****

* Coordinador de Cuidados UGCI Oncología, UGC Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

** Enfermero. Coordinador de Cuidados Hospital de día Onco-Hematológico.

*** Enfermera. GCI Oncología, UGC Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**** GCI Oncología, UGC Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Autor para correspondencia:

José Miguel Aguilar Tejada. UGCI Oncología, UGC Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos s/n. 29010 Málaga. email: josem.aguilar.tejada.sspa@juntadeandalucia.es.

Resumen:

La mayoría de las enfermedades oncohematológicas se prolongan durante mucho tiempo por sus especiales características, haciendo que la mayoría de los pacientes vean debilitadas su red social, llegando en algunos casos al aislamiento. A todo esto, se le añade el desconocimiento de distintos programas de ayuda y soportes que la comunidad les puede brindar.

Para determinar esto, se diseña un estudio descriptivo transversal mediante el uso de cuestionario validado, para averiguar el conocimiento sobre la red de apoyo social en los pacientes previamente mencionados. Con ello se pretende tanto conocer los posibles déficits al respecto como estudiar y proponer alternativas para poder superarlos.

Palabras clave: apoyo social, cáncer, oncohematología.

Abstract:

Most oncohematology diseases last for a long time due to their special characteristics, causing most patients to see their social network weakened, in some cases leading to isolation. Added to all this is the lack of knowledge of different help and support programs that the community can provide them.

To determine this, a cross-sectional descriptive study was designed using a validated questionnaire to find out the knowledge about the social support network in the previously mentioned patients. The aim is both to identify the possible deficits in this regard and to study and propose alternatives to overcome them.

Keywords: cancer, oncohematology, social support.

Antecedentes

Las enfermedades onco-hematológicas son procesos que comprometen seriamente la salud de los pacientes durante un periodo prolongado de tiempo. Las especiales características de estos cuadros clínicos hace que, en ocasiones, sea preciso que los pacientes estén en aislamiento. Pero además se requieren, sobre todo al principio, ingresos periódicos fundamentalmente para la administración de tratamientos, trasplantes medulares o por empeoramiento del curso de la enfermedad¹. Generalmente se trata de enfermedades que, en gran medida, son bastante desconocidas por la población general. Así, como se ha podido constatar a través de una encuesta patrocinada por Astra-Zeneca (R), solo uno de cada seis encuestados tenía conocimientos sobre la

Leucemia Linfática Crónica, el cuadro oncohematológico más frecuentes en población adulta².

Se trata, por lo tanto, de procesos que conllevan un importante desgaste tanto físico como emocional al paciente y a su red de apoyo familiar y social, con el añadido del desconocimiento más allá de su potencial gravedad. En este sentido, la importancia de las redes de apoyo en el cuidado de los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad hematológica está fuera de toda duda, teniendo en cuenta los argumentos comentados previamente. No obstante, en la mayoría de los casos, las redes de apoyo se van perdiendo por el camino, quedando, finalmente, cuidador y paciente, frente a los problemas que el cuadro

clínico termina revelando: fundamentalmente limitaciones económicas o de las condiciones de vida habituales del paciente y su entorno más cercano¹. De hecho, el cáncer, y evidentemente también las enfermedades onco-hematológicas, hacen que el paciente se tenga que enfrentar a múltiples dificultades y situaciones potenciales de estrés en cada fase del proceso sanitario, como pueden ser la ruptura de relaciones, problemas financieros, fatiga y la interrupción de estudios o trabajo³.

Al tratarse, tal y como se ha comentado, de enfermedades que suelen tener tratamientos que se prolongan en el tiempo, y que, en cierta manera, producen alteraciones importantes en el modo de vida habitual de los pacientes, es relativamente frecuente que los procesos vitales cotidianos se vean fuertemente mermados, y que la red de soporte social se resienta^{4,5}. Por ello, el establecimiento de programas que, en primer lugar, detecten este particular y en segundo contribuyan a paliarlo, debe ser tenidas en cuenta.

En este sentido, en un estudio ya clásico, realizado por la Fundación Josep Laporte, con enfoque cualitativo, se describía el significado y la vivencia de padecer este tipo de procesos patológicos como un sentimiento de amenaza, de enfermedad “tabú”, de posibilidad de muerte, de cambios de humor, así como ansiedad, depresión, sensación de aislamiento y soledad en las distintas fases de la enfermedad. En el estudio se destaca el aislamiento como impacto social más destacado, estableciendo como posibles causas las derivadas de los procesos terapéuticos y diagnósticos a los que es sometido el paciente, así como al aislamiento surgido tras comunicar a su entorno que se padece una de estas enfermedades, que aun mantienen un alto grado de estigmatización^{1,6}.

En un caso clínico publicado en 2011, el paciente enfatizaba la ruptura casi total con su entorno, destacando sobre todo el aislamiento social y el sentimiento de estigmatización de la enfermedad, que junto con la pérdida de autoestima y el deterioro de la imagen corporal conforman esa ruptura. Este artículo recomienda realizar estudios de más calado, prestando una especial atención al enfoque cualitativo del problema¹.

Sin embargo, lo expresado en este caso clínico no se corresponde con lo publicado en otros ámbitos, como América Latina. En este sentido se destaca un estudio muy reciente, de diseño descriptivo cuantitativo, llevado a cabo en Perú, en el que se informan niveles altos de apoyo social percibido (81%) y niveles normales de

desesperanza (82%). Los autores concluyeron que el apoyo social que recibe el paciente ante la desesperanza de una enfermedad onco-hematológica sirve como soporte y tolerancia de dicha enfermedad y sus efectos durante el tratamiento⁷.

Otro de los aspectos comentados como influyentes en el ánimo y grado de superación de la enfermedad es el optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario por parte de los pacientes oncológicos. En este sentido, es el apoyo enfocado en la información recibida el que más aumenta el estado global de salud, siendo tanto el apoyo emocional como el instrumental los que mejoran el funcionamiento, mientras que el apoyo instrumental es el que más reduce los síntomas de los pacientes. También se encontraron diferencias de género, percibiendo las mujeres de manera significativa, más estrés y peor calidad de vida que los hombres⁸.

Toda esta argumentación está orientada hacia la promoción de la humanización en los cuidados. Este enfoque surge de la perspectiva de los usuarios, que manifiestan que existen dificultades en la atención brindada por los profesionales de salud, especialmente en su integridad, y que estas situaciones pueden presentarse como consecuencia de la estructura misma de los sistemas de salud, donde las personas, como sujeto de derecho, corren el riesgo de convertirse en cada vez más invisibles⁹. Si humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud¹⁰, planificar estrategias y llevar a cabo acciones que contribuyan a una mejor estancia de las personas enfermas en las unidades hospitalarias se convierte en la actualidad en una prioridad de estos sistemas de salud.

Ante estas argumentaciones, y salvando las diferencias socioculturales entre el escenario español y el de América Latina, es preciso establecer líneas de acción que aporten información al respecto. Es por ello que se propone la realización del presente proyecto, en el que se plantea como objetivo general indagar las percepciones de los pacientes onco-hematológicos de un hospital de tercer nivel, acerca de sus conocimientos sobre apoyo social para su enfermedad, prestando especial atención a la perspectiva de género y a la humanización del cuidado.

Metodología

Diseño: estudio mixto cualitativo y cuantitativo en dos fases, mediante el uso de entrevistas semi estructuradas en la primera, y de

cuestionarios en la segunda.

Primera fase (Cuantitativa)

Pilotaje y análisis del Cuestionario MOSS SSS de Apoyo Social, y su utilización para la evaluación del conocimiento de las redes de soporte en estos pacientes.

Segunda Fase (Cualitativa)

Estudio de corte cualitativo, con enfoque fenomenológico eidético, en pacientes oncohematológicos que están ingresados en la UGC de Hematología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

El estudio se realizará mediante entrevistas en profundidad, aunque se contempla la posibilidad de realizar grupos focales al terminar aislamiento o durante el seguimiento (primer año).

Ámbito de estudio

Pacientes onco-hematológicos de la provincia de Málaga que cursen con hospitalización en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria debido a su cuadro clínico.

Población y muestra

Sujetos De Estudio:

- Pacientes onco-hematológicos atendidos en la Unidad de Hospitalización del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Planta 3B1) por un proceso neoplásico hematológico.
- Pacientes en seguimiento en consulta durante el primer año.

Primera fase (cuantitativa)

Tamaño muestral

En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria han ingresado por problemas onco-hematológicos en los últimos 5 años, 1462 pacientes, lo que supone una media de 292.4 pacientes/año. Estas cifras no se han visto alteradas durante el periodo de pandemia por Covid19 debido a las especiales características de estos pacientes. Con un error estimado del 5% y un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral necesario para el estudio será de 166 pacientes.

Para prevenir pérdidas debido, entre otras cosas, a la mortalidad asociada a estos cuadros clínicos, se sobre estimará la muestra en un 25%, quedando por lo tanto conformada finalmente por 205 pacientes.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años tendidos en la Unidad de Hospitalización del Hospital

Universitario Virgen de la Victoria que cursen una enfermedad onco-hematológica aguda que vayan a realizar el seguimiento en las consultas de la UGC.

- Pacientes de las comentadas características que comprendan y hablen el idioma castellano.
- Pacientes que no sufran ningún tipo de enfermedad mental que comprometa la comprensión de los instrumentos y técnicas de investigación cualitativa empleados en el presente proyecto.

Criterios de exclusión

- Pacientes seleccionados que fallezcan antes de la aceptación de participación.
- Pacientes seleccionados que fallezcan durante el periodo de estudio.
- Pacientes pediátricos.

Variables de Estudio

Para la realización del presente proyecto será necesario contar con las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Nivel socio económico
- Nivel cultural
- Cuadro clínico
- Red familiar
- Red social
- Las inherentes al instrumento utilizado (Ver tabla 1).

Instrumento

Cuestionario MOSS SSS DE APOYO SOCIAL. Este cuestionario está conformado por un total de 20 preguntas valoradas mediante escala tipo Likert (de 1 a 5). Las preguntas se desglosan a continuación:

MOS-1. Número de amigos íntimos y familiares cercanos.

MOS-2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.

MOS-3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.

MOS-4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.

MOS-5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite.

MOS-6. Alguien que le muestre amor y afecto.

MOS-7. Alguien con quien pasar un buen rato.

MOS-8. Alguien que le informe y le ayude a

entender una situación.

MOS-9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones.

MOS-10. Alguien que le abrace.

MOS-11. Alguien con quien pueda relajarse.

MOS-12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.

MOS-13. Alguien cuyo consejo realmente desee.

MOS-14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.

MOS-15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.

MOS-16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.

MOS-17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.

MOS-18. Alguien con quien divertirse.

MOS-19. Alguien que comprenda sus problemas.

MOS-20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.

(Ver tabla 1).

Análisis estadístico

Se obtendrán frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas, y medidas de tendencia central las cuantitativas. Se estimará la normalidad en la distribución de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff.

La relación entre las variables cualitativas se analizará con el test Chi-cuadrado, obteniéndose también el Odds Ratio (OR), con los intervalos de confianza asociados. La asociación entre las distintas puntuaciones se analizará con el test t-Student para muestras independientes o con U Mann-Whitney en el caso de que los datos no sigan una distribución normal.

Se estimará la realización de regresión logística binaria que permita construir un modelo de valoración para identificar aquellas variables con un papel más relevante.

Segunda Fase (cualitativa)

La selección de los participantes se realizará durante el ingreso de los pacientes o durante su seguimiento, atendiendo a su capacidad de comunicación y voluntariedad de participar. Se les informará del propósito del estudio y se les requerirá consentimiento informado.

El método elegido será la entrevista en profundidad, que serán grabadas con audio y un observador, que será presentado en ese momento, realizará anotaciones y prestará

atención al lenguaje no verbal de los asistentes. La duración estimada de cada entrevista es de 30 minutos, aunque el criterio final será siempre alcanzar la saturación de datos.

En el caso de que, a pesar del criterio comentado anteriormente, algún participante no fuere colaborador, en el sentido de dispersión de discursos, falta de atención o de colaboración, los datos obtenidos no serán tenidos en cuenta para el estudio.

Se tendrá en cuenta que, en una investigación cualitativa, los diseños permanecen abiertos durante todo el proceso, porque pueden modificarse en función de los resultados que se vayan obteniendo y a medida que nos vamos adentrando en el contexto del estudio y vayamos conociéndolo mejor¹¹.

Análisis de Datos

Se realizará una transcripción de los audios obtenidos para la realización del análisis. Los procedimientos a seguir, según Taylor y Bogdan¹², serán descubrimiento, codificación y relativización de los datos. Se extraerán los datos más relevantes y significativos para poder realizar las categorías que formarán parte del informe final de la investigación.

Los investigadores que participen en las entrevistas transformarán las grabaciones de audio en datos de texto, que se clasificarán y analizarán siguiendo el método de Colaizzi con enfoque fenomenológico tras verificación¹¹. Se realizarán codificaciones con las opiniones y discursos recurrentes. Una vez codificados, se recopilarán para detallar descripciones e identificar si se dan puntos de vista similares. Aquellos que sean repetitivos se contabilizarán, pero serán excluidos de los análisis. Para asegurar la exactitud y confiabilidad otros miembros del equipo revisarán los extractos para confirmar que el contenido refleje los pensamientos y actitudes de los entrevistados.

Como herramienta de soporte en el análisis de datos se empleará el programa Atlas.ti, con licencia de la Universidad de Málaga.

Validez y rigor de los datos

Se seguirán los criterios de confiabilidad de Guba y Lincoln¹³:

- Credibilidad: Los datos se obtendrán mediante grupos focales, complementadas con notas de campo del observador externo, que no posee experiencia ni competencias sobre el proceso de donación de órganos, lo que contribuye a la objetividad del estudio.

•Transferibilidad: Tanto las características de los participantes como la situación de estudio han sido descritas minuciosamente. Es posible, por lo tanto, replicar el estudio en contextos diferentes.

•Dependencia o consistencia: Las técnicas de recogida de datos y de análisis de los mismos son descritas detalladamente en el apartado de procedimiento y análisis de datos. Se realizará una triangulación de situaciones, personas y técnicas de recogida de datos.

•Confirmabilidad: Todos los grupos serán grabados, con transcripciones textuales y citas directas. Se pretende además realizar feed-back con los participantes.

Limitaciones y sesgos

Se tendrán en cuenta todas las limitaciones inherentes al diseño del estudio y al método empleado (uso de cuestionarios) que se asocia a algunos sesgos bien conocidos, derivados de problemas con la redacción de la pregunta, de problemas con el diseño y diagramación del cuestionario y derivados de problemas con el uso del cuestionario.

Otra limitación importante es la tasa de mortalidad en este tipo de pacientes, que puede comprometer la consecución del tamaño muestral adecuado para el estudio. Se realizará una sobre estimación de la muestra, y se tendrá en cuenta que ello puede alargar la recogida de datos.

Con respecto a la fase cualitativa, para limitar al máximo la posibilidad de sesgos, el sistema de registro de datos se llevará a cabo durante los procedimientos planificados, por medio de la obtención de audios de las entrevistas o grupos y con registros adecuados en directo del lenguaje no verbal de los participantes. Durante las entrevistas se harán preguntas indirectas y solicitará a los participantes que piensen qué haría un tercero en una situación como la que se está investigando.

Aspectos éticos y legales

La confidencialidad de la información se mantendrá en todo momento de acuerdo con lo estipulado en la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como en seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, tal y como se establece en el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio y el acceso a datos confidenciales con fines científicos, conforme al Reglamento CE Nº 831/2002 de la Unión Europea, así como la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente. No se realizará identificación positiva de los participantes, de manera que se mantendrá el

anonimato de los mismos en los archivos de audio y en las transcripciones, tal y como se detalla más abajo.

Todos los participantes estudio serán informados del objeto. No se realizará transferencia de los registros a terceros sin autorización.

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes:

- Todos los datos que puedan identificar al participante se mantendrán separados del resto de la información recogida en las diferentes entrevistas del estudio.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.

Bibliografía

1. Nomdedeu Arráez D. Cambios en el rol social del paciente oncohematológico: un estudio de caso. *Index Enferm* 2011; 20(3): 165-168.
2. La percepción sobre los tumores hematológicos en España. Documento en internet. Disponible en: https://www.astrazeneca.es/medios/notas-prensa/2022/solo_1_de_cada_6_espanoles_conoce_la_LL_C_pese_a_ser_el_tipo_de_leucemia_mas_comun_en_adultos.html. Consultado el 14 de noviembre de 2022,
3. Fitch M, Longo CJ. Exploring the impact of out-of-pocket costs on the quality of life of Canadian cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2018; 36: 582-96. doi:10.1080/07347332.2018.1486937
4. Marino Ruiz E. Proyecto de apoyo a cuidadores y pacientes hematológicos en ingresos de larga duración. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Valladolid, 2017.
5. Gallardo Fernández MC. Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. En: Carbonero D, Raya E, Caparrós N, Jimeno C (coords). Respuestas transdisciplinares en una sociedad global:aportaciones desde el Trabajo Social, Logroño, Universidad de La Rioja, 2016.
6. Josep Artells J, Jovell AJ, Navarro MD, Cirera M. Necesidad y demanda del paciente oncológico. Resumen. [monografía en internet]. Fundación SaludInnovación Sociedad. 2003. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf> (Consultado 30 de septiembre de 2022).
7. Peralta Gil JR, Mariño Rugel AM; Adriano Rengifo CE. Desesperanza y su relación con el apoyo social percibido en pacientes peruanos con neoplasias hematológicas. *Psicooncología* 2021; 18(2): 317-332.
8. Ruiz-Rodríguez I, Hombrados-Mendieta, Melguizo-Garín A , Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de

- vida de los enfermos de cáncer. *Psicooncología* 2021; 18(1): 51-75.
9. Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte*. 2016;7(1):1227-31.
 10. Bermejo-Higuera JC. Humanización en salud. Ejes de la acreditación. [Online]; 2012 [Consultado diciembre 2022] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
 11. Hurley RE. La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio. *HSR* 34;5:1119-36.
 12. Taylor, SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* Vol. 1. Barcelona: Paidós, 1987.
 13. Guba, EG., Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. New York. Sage, 1989.

ANEXO 1. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente.

Le proponemos participar en un estudio denominado “**ANÁLISIS DE LA POSIBLE PÉRDIDA DEL ROL SOCIAL EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS**” con el que pretendemos investigar su grado de conocimiento de apoyo social y la situación en la que usted se encuentra en ese sentido. Para ello, le entregaremos un cuestionario (bien en formato papel, bien por medio de un código QR que le llevaría al formato online) que le rogamos conteste con la mayor sinceridad. Es posible, además, que sea elegido para realizarle una entrevista personal o que le solicitemos que participe en una reunión de pacientes (grupos focales).

También deberá suministrar algún dato personal, pero en ningún caso se le solicitará identificación alguna.

Es preciso que conozca que el estudio cumplirá con toda la normativa legal en vigor referente a la protección de datos personales e investigación biomédica, así como con la Ley 41/2002, de autonomía del paciente.

Si tiene cualquier duda, por favor, pregunte a la persona que le entrega el cuestionario que le suministrará toda la información que necesite.

Su participación es totalmente voluntaria, y si rehúsa participar, la atención que esté recibiendo no se verá mermada. No se verá perjudicado, en ningún caso. Si está conforme, por favor, sírvase firmar la presente hoja, verificando que la persona del equipo que se la entrega responde a todas sus dudas y preguntas.

Yo _____ DNI

Manifiesto mi interés en participar en el estudio “MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS LARGOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER”. El investigador me ha explicado claramente los propósitos del estudio y he podido consultar todas mis dudas. Además, soy consciente de que...

- Puedo abandonar el estudio cuando desee.
- Sin menoscabo de la atención recibida en ese momento.
- Mis datos solo serán accesibles al equipo investigador, considerándose siempre toda la legislación sobre protección de datos en vigor.

D. D^a _____

Firmado

Por el equipo investigador

Firmado

TABLA 1. ESCALA Nº 2 DE MOS

ESCALA Nº 2 DE MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?
(personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre),

Nº de amigos íntimos o familiares:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda.
¿Con qué frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?
(Marque con un círculo uno de los números de cada fila),

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Tomado de: De la Revilla et al. Validación del cuestionario de MOS en Atención Primaria ¹⁰.