

Adaptación al español de la «Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad» de Revenson et al., 1991

María José Martos Méndez y Carmen Pozo Muñoz
Universidad de Almería

El presente estudio pretende analizar las propiedades psicométricas de la versión en castellano de la Escala de Apoyo Social percibido específico para la enfermedad de Revenson et al., 1991, utilizando como muestra 202 pacientes crónicos. Después de realizar varios análisis factoriales a las cuatro versiones de la escala (pareja, familia, amigos y sanitarios), se constata una estructura formada por dos factores que implican el apoyo social positivo y el apoyo social no funcional o problemático. Los resultados obtenidos a través del alfa de Cronbach muestran que todas las escalas tienen una consistencia interna aceptable y adecuada. En este sentido, la presente escala puede resultar idónea para identificar de manera apropiada el apoyo social percibido por los pacientes crónicos respecto a las cuatro fuentes de apoyo estudiadas.

Adaptation to Spanish of the «Scale of perceived social support specific to the disease» of Revenson et al., 1991. This study aims to analyze the psychometric properties of the Spanish version of the Scale of Perceived Social Support Specific to the Illness of Revenson et al. 1991. A sample of 202 patients with chronic conditions was used. After making several factor analysis of the scale on all four versions (partner, family, friends and doctors), it was found a structure formed by two factors involving positive social support and not functional or problematic social support. The results obtained with Cronbach's alpha show that all scales have acceptable and adequate internal consistency. In this sense, this scale may be appropriate to identify properly perceived social support for chronic patients on the four sources of support studied.

La investigación psicosocial ha puesto de manifiesto la especial importancia de las relaciones interpersonales como fuente de recursos esenciales para la cobertura de las necesidades de los individuos y la promoción de su bienestar (Blanco y Díaz, 2005), a través de la movilización e intercambio de diversas modalidades de apoyo social (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Gracia, 1997; Gracia, Herrero y Musitu, 1995; Martos y Pozo, 2011; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005; Pozo-Muñoz, Martos-Méndez, Alonso-Morillejo y Salvador-Ferrer, 2008).

De manera frecuente, el término «apoyo social» se refiere a aspectos muy diferentes de las relaciones sociales. Algunas veces se define en términos de la existencia o cantidad de contactos sociales en general, o en términos de un tipo particular de relación como la vida en pareja, la amistad o la pertenencia a una organización. En otras ocasiones, el apoyo social se entiende en términos de la estructura de las relaciones sociales de la persona. También puede definirse en relación al contexto funcional de esas relaciones integrando el grado en el que los contactos sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible,

información, etc. (Barrón y Sánchez, 2001). Es necesario considerar esos tres aspectos de las relaciones sociales (cantidad, estructura y función) porque están lógicamente y empíricamente relacionados.

Diversos autores han diferenciado tres niveles de análisis del apoyo social en función del ámbito o contexto en el que éste es movilizado: nivel macro o comunitario (integración y participación social), nivel meso o de redes sociales, y nivel micro o de relaciones íntimas (Barrón, 1996; Gottlieb, 1988; Lin, Dean y Ensel, 1986).

A nivel macro o comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia a la comunidad y de integración dentro de la estructura social, que guarda una estrecha relación con el concepto de «sentido psicológico de comunidad» (Glynn, 1981; McMillan y Chavis, 1986; Sarason, 1974). Esta integración social es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales. Así, podemos tomar como medida de integración social el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubs, etc.

El segundo nivel de análisis lo constituyen las redes sociales, definidas como el conjunto de contactos que el sujeto establece con otras personas, obteniendo de ellas sentimientos de vinculación y unión con los demás, aunque sea de forma indirecta. En este nivel se suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como sus propiedades: densidad, tamaño y homogeneidad, entre otras.

Por último, en el nivel micro, encontramos las transacciones que ocurren dentro de las relaciones más íntimas, que son las que

más directamente se han ligado con el bienestar y la salud. En este tipo de relaciones se esperan intercambios recíprocos y mutuos y la responsabilidad por el bienestar es compartida. Son las relaciones en las que tienen lugar los procesos de apoyo propiamente dichos.

A partir del momento en que el apoyo social muestra su importancia como mediador en la salud del individuo, resulta insuficiente continuar constatando esa influencia sin más. Los nuevos trabajos, realizados no ya en una fase de nacimiento del concepto, sino de consolidación, persiguen descubrir hasta qué punto el apoyo social posee un efecto protector en la salud y, en segundo lugar, qué forma y estructura habrán de tener las relaciones interpersonales para que puedan proporcionar apoyo (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

Así, el apoyo social no siempre reduce el estrés y beneficia la salud, y los psicólogos han comenzado a considerar el coste, así como los beneficios asociados a recibir, usar o requerir apoyo social (Coyne, Wortman y Lehman, 1988; Revenson et al., 1991; Shinn, Lehmann y Wong, 1984). Como el apoyo social es proporcionado dentro de una red de amigos y familiares, los mismos individuos que dan ese apoyo pueden también ser una fuente de interacciones conflictivas (Coyne y DeLongis, 1986). Así, Shinn, Lechmann y Wong (1984) han argumentado que las relaciones sociales negativas (apoyo problemático) son interpretadas más verazmente como estrés y no como apoyo en sí mismo.

Aunque el apoyo pueda ser ofrecido o estar disponible, las personas pueden no percibirlo realmente como tal (Dunkel-Schetter y Bennett, 1990; Wilcox, Kasl y Berkman, 1994). Esto puede suceder porque la ayuda es insuficiente, o no queremos ser ayudados, o tenemos demasiada tensión y estrés acumulado para notarlos. Por ello, cuando no se percibe el apoyo social como tal, es muy difícil que éste reduzca o aminore nuestro nivel de estrés y nos beneficie.

Otra razón de que el apoyo social no siempre sirva de ayuda es que puede que el tipo que recibimos no corresponda a las necesidades que el estresor ha producido. Cutrona y Russell (1990) han determinado cuáles son los mejores tipos de apoyo que se adaptan a determinadas necesidades de ayuda:

1. El apoyo instrumental es particularmente valioso para aquellos casos en los que el evento estresor es controlable. Esto es, se puede hacer algo para conseguir una meta positiva o prevenir la situación, que puede llegar a ser muy preocupante o empeorar.
2. El apoyo emocional es especialmente importante para situaciones que causan estrés pero que no son controlables por la persona, como la muerte de un familiar querido.
3. Otros tipos de apoyo pueden ser necesarios si el suceso incontrolable está referido, por ejemplo, a la pérdida del trabajo. En este caso, aparte del apoyo emocional puede necesitarse apoyo tangible o informacional.

Siguiendo a Lanza y Revenson (1993), el término apoyo social se refiere a los procesos a través de los cuales las relaciones interpersonales promueven la salud y el bienestar y protegen de la enfermedad, especialmente en situaciones estresantes para las personas. Por otro lado, haciendo referencia a su definición sintáctica, el apoyo social se relaciona con otros términos cercanos, como es la red social o las interacciones sociales, aunque como ya se detalló al inicio la relación entre estos conceptos no es lineal; también el apoyo se vincula con otros conceptos como el apoyo funcional vs disfuncional. En relación a este último, el apoyo social puede

funcionar como un arma de doble filo debido a que puede proteger o deteriorar la salud y el bienestar, dependiendo de si es percibido por la persona como realmente de utilidad o no (noción de apoyo problemático, «*problematic support*») (Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky, 1991).

Abbey, Abramis y Caplan (1985) desarrollaron una muy útil distinción teórica entre apoyo social positivo (expresiones de afecto y ayuda) y apoyo conflictivo (expresiones de afecto negativo y no prestación de ayuda). O en términos de Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky (1991), el apoyo positivo se refiere a las interacciones sociales que producen afecto o asistencia, y el apoyo problemático se utiliza para describir ejemplos de apoyo que son percibidos como de *no-ayuda*, incluso aunque las acciones de la persona que proporciona ese apoyo puedan haber sido bien intencionadas (Wortman y Conway, 1985). Así, el apoyo puede ser percibido como problemático, cuando no se desea, ni se necesita, o cuando el tipo de apoyo ofrecido no satisface las necesidades del receptor —poca satisfacción con el apoyo social percibido— (Cohen y McKay, 1984; Chronister, Chin Chou, Frain y Da Silva, 2008; Reynolds y Perrin, 2004; Rook, 1992).

Además, algunas interacciones sociales son claramente de poca ayuda desde el principio, como la crítica a los esfuerzos que realizan los pacientes o enfermos crónicos (sujetos objeto de este estudio) en relación a sus dolencias (Manne y Zautra, 1989). No todas las relaciones interpersonales producen en los individuos reacciones dirigidas a realizar conductas de salud adecuadas. El apoyo social puede ser un ejemplo negativo y promover conductas de riesgo para la salud (Burg y Seeman, 1994; Wills y Yager, 2003; Uchino, 2006).

Algunos estudios concluyen que los aspectos negativos de las interacciones sociales son mayores predictores de los resultados psicológicos y de salud que los aspectos positivos de estas relaciones (Abbey, Abramis y Caplan, 1985; Fiore, Becker y Copel, 1983; Rook, 1984). Además, se han encontrado relaciones (negativas) más fuertes entre el apoyo problemático y el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas. Los investigadores han sugerido que la fuerte influencia de las interacciones negativas sobre el bienestar de los individuos puede ocurrir debido a las expectativas que tienen éstos acerca de las interacciones positivas con la familia y amigos (Fiore, Becker y Copel, 1983).

Sin embargo, Revenson, Schiaffino, Majerovitz y Gibofsky (1991) consideran que incluso cuando los pacientes perciben relaciones problemáticas por parte de su red social, el apoyo positivo continuará influyendo positivamente en su salud y bienestar. Así, la ocurrencia de interacciones positivas de apoyo puede amortiguar los efectos negativos de las interacciones problemáticas.

De este modo, es importante contar con un instrumento que nos permita evaluar tanto el apoyo social positivo como el problemático. En el caso de la escala de apoyo social de Revenson y colaboradores (1991), está específicamente diseñada para medir el apoyo social (positivo y negativo) que perciben las personas durante una enfermedad.

A pesar de que existe una confiabilidad y validez aceptable de la escala de apoyo social original «Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad» (Revenson et al., 1991), no existe una versión adaptada al contexto español. Por ello, en este trabajo se realiza una adaptación al castellano de la escala y se estudia su estructura factorial y consistencia interna en una muestra de pacientes crónicos españoles, lo que permitirá contar con una escala adaptada al contexto español.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio está formada por un total de 202 pacientes crónicos. En cuanto a la edad, el rango va desde los 21 hasta los 65 años, con una media de 56,23 años (d.t.= 8,98). Del total, un 68% son mujeres y el 32% restante son varones.

Considerando la muestra en su conjunto, un 40% de los pacientes han sido elegidos para participar en este estudio por padecer hipertensión, un 29% por sufrir dislipemia, un 18% son diabéticos, mientras que un 13% ha sido citado por padecer Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Instrumento

La «Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad» (Revenson et al., 1991) está formada por tres subescalas (apoyo pareja, familia y amigos) de 20 ítems cada una y ha sido traducida al castellano por nuestro grupo de investigación para el presente estudio; los investigadores que realizaron la traducción de la versión en inglés tenían los conocimientos apropiados del idioma y conocían las peculiaridades culturales de cada una de las poblaciones objetivo. El procedimiento inutilizado para ello ha sido el de «doble traducción inversa», contando además con una última revisión final por una persona bilingüe del Centro de Lenguas de nuestra Universidad. Por otro lado, el lenguaje utilizado en las instrucciones, ítems y en el manual fue cuidadosamente adaptado para adecuarse a la población destinataria (pacientes crónicos españoles).

Esta escala mide tanto el apoyo positivo como el problemático (no funcional) proporcionado por las tres fuentes señaladas anteriormente. Así, 16 ítems reflejan el apoyo social, por ejemplo, «le escucha», «le hace sentir que usted aporta algo positivo a los demás», «le hace pequeños favores». La escala de respuesta va desde 1 «nunca» hasta 5 «siempre» (a mayor número, mayor apoyo social percibido). En estos 16 ítems están incluidos los distintos tipos de apoyo (emocional, instrumental e informativo). Por otro lado, 4 ítems miden el apoyo problemático o no funcional: «le da información o hace sugerencias que usted encuentra poco útiles o inapropiadas», «le resulta difícil entender cómo se siente usted», «intenta cambiar su manera de afrontar la enfermedad de un modo que a usted no le gusta» y «se enfada cuando usted no acepta sus consejos». En este caso, la escala de respuesta también va desde 1 «nunca», hasta 5 «siempre», lo que significa que si los pacientes responden 1, éstos perciben poco apoyo social no funcional, y si contestan 5 perciben muchas conductas negativas por parte de sus allegados. La escala original, en su versión inglesa, mostró una consistencia interna global de 0,90 en el caso del apoyo positivo, y de 0,64 en el caso de la subescala de apoyo problemático. En el caso de la consistencia interna para los dos factores encontrados en nuestras escalas hemos obtenido de manera global una puntuación alfa de 0,94 para el caso del apoyo positivo, y de 0,84 en el caso del apoyo social no funcional (consistencia interna más alta que la encontrada en la escala original).

Aunque los autores no incluían en la escala al personal sanitario como fuente de apoyo, en nuestra investigación nos pareció necesario indagar sobre la ayuda que prestaban aquellos a los pacientes crónicos, por lo que la escala original se completa con una subescala más.

Procedimiento

El procedimiento seguido en esta investigación se inició con una reunión con el director del Centro de Salud, en la que se nos facilitó el listado de enfermos crónicos. La selección de la muestra se hizo en base a un muestreo aleatorio estratificado en función de las variables como el grupo de edad (se excluyó de la muestra a pacientes mayores de 65 años con el fin de evitar otro tipo de sesgos, como padecer múltiples enfermedades, dificultad para desplazarse al Centro de Salud, etc.) y tipo de enfermedad (EPOC, diabetes, dislipemia e hipertensión). Telefónicamente, se concertaba una cita con los pacientes y éstos acudían de forma voluntaria a realizar la entrevista en su propio Centro de Salud, donde se les explicaba que la entrevista era anónima y que tendría una duración aproximada de dos horas.

Una vez finalizadas las entrevistas al conjunto de pacientes crónicos, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados para proceder posteriormente a realizar los análisis estadísticos oportunos a través del programa SPSS (en su versión 15.0 para Windows) y el programa FACTOR (Universidad Rovira y Virgili, 2005).

Análisis de datos

Con el fin de evaluar la estructura factorial del cuestionario en sus tres fuentes originales (pareja, familia y amigos) se ha llevado a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) en cada una de las subescalas con objeto de conocer su concordancia con los datos proporcionados por los autores. La escala original estaba formada por dos grandes factores: por un lado, el apoyo social, dentro del cual se incluirían el apoyo emocional, informativo e instrumental, y por otro, el apoyo no funcional.

La matriz de correlaciones utilizada para el análisis fue la policórica, debido a que los datos son de escala. La selección del número de factores se hizo a partir del gráfico de sedimentación, y las cargas factoriales se sometieron a rotación varimax. La adecuación muestral para el análisis factorial se evaluó mediante KMO y la prueba de Barlett.

Por otro lado, se realizó un análisis exploratorio en relación con el apoyo social de los sanitarios, fuente que, como ya se ha comentado, no estaba incluida en la escala inicial.

Para el análisis de confiabilidad de las escalas se calculó el índice α de Cronbach.

Resultados

Se efectuaron varios análisis factoriales, uno por cada una de las escalas de apoyo social. La estructura factorial encontrada en el presente estudio contiene los dos factores reportados por los autores de la escala original (Revenson et al., 1991).

El método utilizado para realizar el análisis factorial confirmatorio es el de componentes principales con rotación varimax, debido a que es un método de rotación ortogonal que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor y, por otro lado, simplifica la interpretación de los factores.

En relación a la adecuación de la muestra al modelo hemos utilizado el estadístico KMO (medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin), que nos indica la proporción de la varianza que tienen en común las variables analizadas, así como la prueba de esfericidad de Barlett.

El análisis factorial confirmatorio realizado para la escala de apoyo social percibido de la pareja coincide con la escala original (Revenson et al., 1991) en los dos factores encontrados, los cuales explican el 61,52% de la varianza global. Estos dos factores concuerdan, por un lado, con el apoyo social «positivo» que explica el 48,54% de la varianza y, por otro, con el apoyo social no funcional que revela el 12,98% de la misma (tabla 1). La adecuación muestral del modelo resulta bastante adecuada, ya que el estadístico KMO presenta un valor muy cercano a la unidad (0,896), lo que nos indica una buena adecuación de los datos a un modelo de análisis factorial. Por otro lado, en la prueba de esfericidad de Barlett el estadístico chi-cuadrado es de 2458,73 ($p = ,000$).

En cuanto a la escala de apoyo social percibido de la familia, el análisis confirmatorio de la varianza también mantiene una concordancia con los resultados de la escala anterior, con la aparición nuevamente de dos factores (tabla 1); uno para el apoyo social, que explica el 37,46% de la varianza, y otro para el apoyo problemático que explica el 13,48% de la misma. Estos factores expresan el 50,94% de la varianza global y se confirman los resultados encontrados por Revenson et al. (1991). En este caso, el estadístico KMO ha mostrado una puntuación de 0,862, la cual es adecuada para el ajuste de la muestra al modelo. La significación del análisis de esfericidad de Barlett es de ,000 (chi-cuadrado 1789,17), así que podemos considerar el ajuste de las variables y de los datos a un modelo de análisis factorial idóneo.

El análisis factorial confirmatorio de la escala de apoyo social percibido de los amigos muestra que los dos factores de la escala explican el 59,36% de la varianza total; el primer factor (apoyo social) explicaría el 41,83% de la varianza y el segundo (apoyo social no funcional) el 17,53% de la misma (tabla 2).

En el caso de la subescala de apoyo social por parte de los amigos se ha obtenido una chi-cuadrado de 2286,22 ($p = ,000$), por lo que existe un buen ajuste del modelo y podemos rechazar la hipó-

tesis nula de esfericidad. El estadístico KMO es de ,889, por lo que representa una muy buena adecuación de los datos.

Para que el lector tenga una mejor visión del análisis realizado se incluye una representación gráfica de los tres modelos (pareja, familia y amigos) que incluyen las saturaciones (gráfico 1).

Dado que la escala de apoyo social percibido de los sanitarios no estaba incluida en la escala original de Revenson et al. (1991), sino que fue diseñada específicamente para esta investigación, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Se han hallado cinco factores que explican el 68,42% de la varianza global; el primero explicaría el 28,46% de la varianza, el segundo el 17,49%, el tercero el 9,73%, el cuarto factor 6,71% y el último un 6,03% (tabla 2). En la prueba de esfericidad de Bartlett se ha obtenido una puntuación chi-cuadrado de 1577,05 ($p = ,000$). La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin es también adecuada, cercana a la unidad (,845).

El primero de los factores correspondería al gran factor de apoyo social positivo (el mismo que en las subescalas de pareja, familia y amigos) en el que se incluirían el apoyo instrumental y el emocional que los médicos ofrecen a sus pacientes. El segundo factor que aparece se corresponde con el apoyo problemático o no funcional (es decir, el segundo que componen las tres escalas anteriores). A partir de aquí, se han encontrado tres factores nuevos que podrían explicarse del siguiente modo: en el caso del tercer factor, éste se corresponde con conductas que el sanitario realiza respecto al paciente, esto es, si el médico comparte sus propios problemas con los pacientes y si habla con ellos acerca de decisiones importantes; se trata, pues, de conductas que no forman parte del rol habitual de los sanitarios, por lo que parece lógico que estas variables aparezcan en una dimensión o factor al margen del resto de variables. En cuarto lugar, aparece otro factor que también se compone de dos ítems muy relacionados con cuestiones demasiado personales para que se lleven a cabo por los sanitarios

Tabla 1
Análisis factorial de los ítems de la escala de A.S. (pareja, familia y amigos). Matriz de componentes principales (rotación varimax)

PAREJA				FAMILIA				AMIGOS			
Nº	Categoría	F1	F2	Nº	Categoría	F1	F2	Nº	Categoría	F1	F2
3	Ayuda malos momentos	,894		4	Aporta algo positivo	,786		9	Alegra	,870	
9	Alegra	,885		7	Levantar ánimo	,783		7	Levantar ánimo	,869	
7	Levantar ánimo	,884		17	Mostrar interés	,775		20	Hablar cosas importante	,802	
1	Escuchar	,866		19	Comparte los problemas	,768		19	Comparte los problemas	,792	
20	Hablar cosas importantes	,857		9	Alegra	,758		4	Aporta algo positivo	,790	
17	Mostrar interés	,857		16	Buscar alternativas	,744		5	Información y consejo	,789	
19	Comparte los problemas	,849		1	Escuchar	,724		17	Mostrar interés	,782	
5	Información y consejo	,810		20	Hablar cosas importante	,714		16	Buscar alternativas	,752	
4	Aporta algo positivo	,798		15	Merece la pena	,701		1	Escuchar	,721	
16	Buscar alternativas	,790		5	Información y consejo	,656		15	Merece la pena	,698	
2	Favores	,749		3	Ayuda malos momentos	,644		3	Ayuda malos momentos	,696	
15	Merece la pena	,706		10	Comentarios positivos	,607		2	Favores	,686	
13	Ayuda cosas necesarias	,618		2	Favores	,573		8	Resolver problema igual	,637	
10	Comentarios positivos	,616		8	Resolver problema igual	,557		10	Comentarios positivos	,588	
8	Resolver problema igual	,592		13	Ayuda cosas necesarias	,534		11	Remite otras personas	,500	
11	Remite otras personas	,529		11	Remite otras personas	,510		13	Ayuda cosas necesarias	,398	
14	Sugerencias poco útiles		,842	14	Sugerencias poco útiles		,874	14	Sugerencias poco útiles		,909
12	Afrontar enfermedad		,835	12	Afrontar enfermedad		,860	12	Afrontar enfermedad		,905
18	Dificultad en entenderle		,747	18	Dificultad en entenderle		,745	6	Enfado si no consejo		,850
6	Enfado si no consejo		,633	6	Enfado si no consejo		,632	18	Dificultad en entenderle		,795

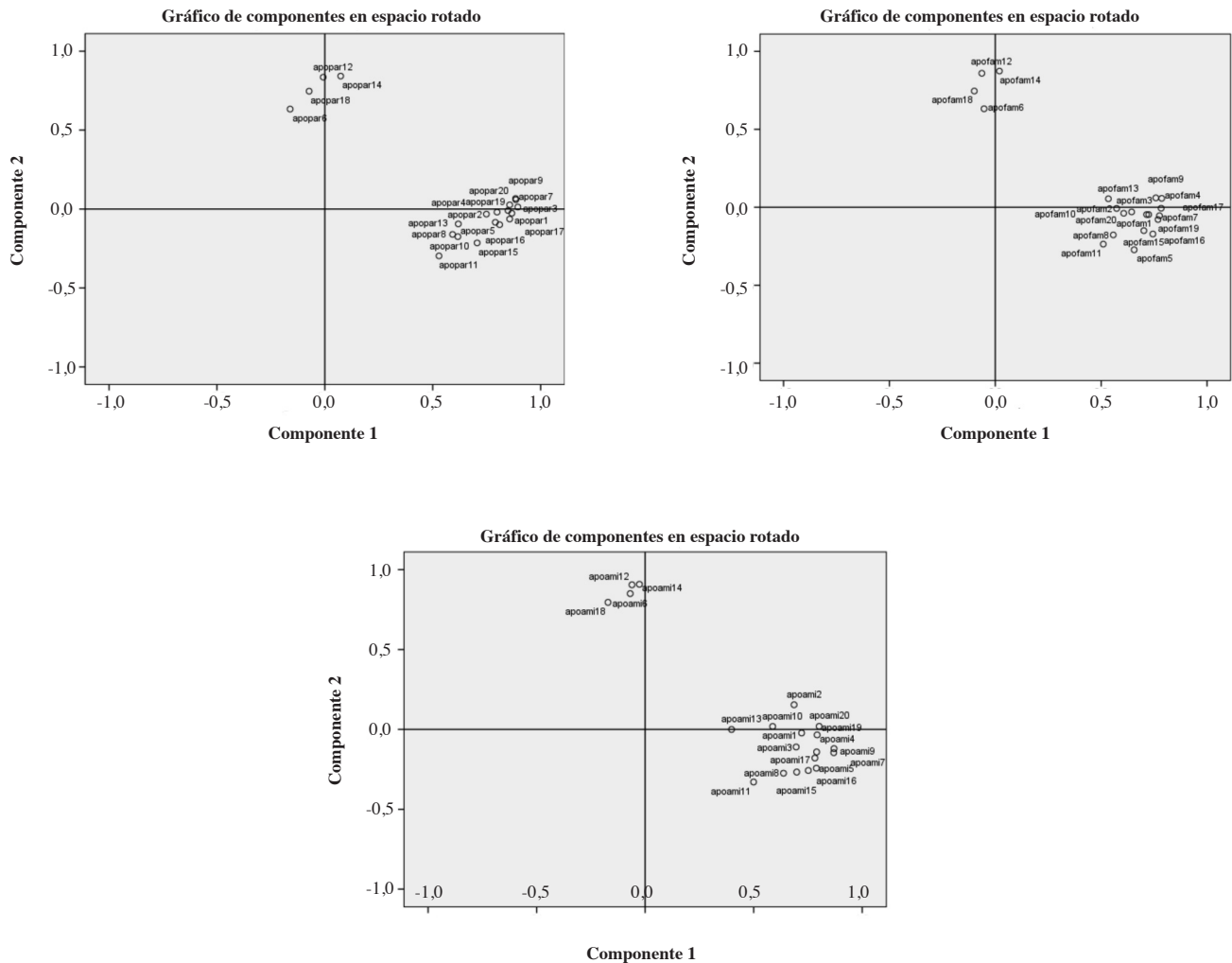


Gráfico 1. Representación de los modelos (pareja, familia y amigos) con las saturaciones

(como es prestar ayuda en malos momentos y en cosas que son necesarias hacer); en estas situaciones los pacientes suelen acudir a personas muy cercanas (pareja, familiares) y no a sus médicos. En quinto lugar aparece un último factor también relacionado con conductas de los sanitarios como «escuchar a los pacientes en sus problemas» y «realizar favores»; aunque los «respondentes» parecen no percibir que estas conductas sean propias del profesional de la salud, sería muy positivo para la relación entre profesional de la salud-paciente que el sanitario escuchara a los enfermos y les ayude en aquellas cuestiones que, dentro de su rol, puedan favorecer al paciente.

Así, tras la realización de los análisis factoriales de la escala de apoyo social en sus cuatro fuentes, decidimos versar esta investigación en los dos componentes que incluye la escala original, esto es, el apoyo social, que está formado por 16 ítems, y el apoyo social problemático o no funcional, constituido por 4 ítems. De esta manera se corroboran los dos factores de la escala original, excepto en el caso de la subescala de sanitarios, en la que han aparecido cinco factores, por lo que en este caso hemos optado por realizar los análisis con la subescala global de sanitarios.

A continuación se analizaron los dos factores de las tres escalas de apoyo. En el caso del apoyo funcional a mayor puntuación, ma-

yor apoyo; y en cuanto al apoyo problemático a más puntuación, más conductas no funcionales percibidas por el paciente. En la tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes a los dos factores que integran cada una de las 3 escalas (pareja, familiares, amigos). Como puede verse el nivel de apoyo social positivo percibido por los enfermos crónicos es medio-alto en las fuentes analizadas. El apoyo social problemático aparece con una media menos elevada en las escalas analizadas. Así, aunque los pacientes perciben conductas de no-apoyo por parte de sus allegados, éstas no llegan a ser tan elevadas como los comportamientos de apoyo social que reciben de las mismas fuentes.

Además, también se han analizado los estadísticos descriptivos de la subescala global de sanitarios. En este caso, la puntuación media de la escala es un poco más baja que en el resto (Media= 2,94; d.t.= ,61), por lo que los enfermos perciben sentirse menos apoyados por esta fuente.

En la tabla 3 también se muestran los coeficientes de fiabilidad obtenidos por los dos factores en las tres escalas y la puntuación total de cada escala. Se ha utilizado este coeficiente porque el método de consistencia interna es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de un test, cuando se utilizan conjuntos de ítems que se espera midan el mismo atributo o campo de conteni-

do. Dentro de esta categoría de coeficientes hemos hecho uso del alfa de Cronbach, que es, sin duda, el coeficiente más ampliamente utilizado por los investigadores de las ciencias sociales (Zumbo y Rupp, 2004).

Todas las escalas de manera global presentan unos valores más que aceptables de fiabilidad, lo que indica su adecuación a la población española de pacientes crónicos, muestra que compone este estudio. No obstante, si analizamos la fiabilidad de los factores que componen cada escala, se observa cómo el apoyo positivo tiene una consistencia interna más alta que el apoyo problemático (pareja, familia y amigos). En el caso de la escala de apoyo social de los sanitarios, el alfa de Cronbach es de ,76, un poco más bajo que en el resto de escalas, pero aún así se mantiene una adecuada fiabilidad de la escala.

Tabla 2
Análisis factorial exploratorio de los ítems de la escala de A.S. (sanitarios).
Matriz de componentes principales (rotación varimax)

Sanitarios						
Ítem	Categoría	F1	F2	F3	F4	F5
9	Alegra	,860				
7	Levantar ánimo	,840				
15	Merece la pena	,799				
4	Aporta algo positivo	,789				
16	Busca alternativas	,776				
10	Comentarios positivos	,695				
8	Resolver problema igual	,691				
5	Información y consejo	,688				
17	Mostrar interés	,665				
11	Remite otras personas					
14	Sugerencias poco útiles		,933			
12	Afrontar enfermedad	,588	,922			
18	Dificultad en entenderle		,893			
6	Enfado si no consejo		,850			
20	Hablar cosas importantes			,921		
19	Comparte problemas			,901		
3	Ayuda malos momentos					
13	Ayuda cosas necesarias				,800	
2	Favores				,752	,689
1	Escuchar					,622

Tabla 3
Estadísticos descriptivos de las escalas de Apoyo Social (Revenson y cols., 1991)

Factores	Media	Desv. típ.	Alfa de Cronbach
Escala Apoyo Pareja	3,75	,87	,90
Apoyo pareja	3,95	1,09	,95
Apoyo pareja problemático	2,97	1,35	,77
Escala Apoyo Familia	3,77	,75	,84
Apoyo familia	3,99	,92	,92
Apoyo familia problemático	2,88	1,38	,82
Escala Apoyo Amigos	3,20	,88	,87
Apoyo amigos	3,26	1,10	,94
Apoyo amigos problemático	2,96	1,57	,66
Escala Apoyo Sanitarios	2,94	,61	,76

Discusión y conclusiones

El principal objetivo de este estudio ha sido analizar la estructura factorial y la consistencia interna de la adaptación al contexto español de escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad de Revenson et al. (1991). Los resultados apoyan la estructura factorial de la escala original en las tres subescalas que la conforman. No ocurre lo mismo con la subescala de sanitarios, incluida específicamente para este trabajo; el análisis factorial exploratorio ha resultado en cinco factores para explicar un aceptable porcentaje de la varianza. La diferencia entra ésta y el resto de las fuentes puede deberse a que los sanitarios no tienen una relación tan estrecha con los pacientes como para apoyarlos más allá de lo estrictamente necesario por su trabajo. Por ello, es entendible que el apoyo positivo se haya visto disgregado en varios factores. Así, los pacientes no perciben que los sanitarios les hagan favores, o les ayuden en los malos momentos, tampoco es habitual que los profesionales de la salud confíen en sus pacientes para hablar de cosas privadas e importantes, e incluso los pacientes no perciben con la intensidad adecuada que su médico «desea» que cumpla el tratamiento (Fernández, López, Comas, García y Cueto, 2003). Este aspecto resulta de interés para analizar en futuros trabajos, ya que en muchas ocasiones los enfermos, sobre todo si se trata de enfermos crónicos, necesitan que su médico les escuche y ayude en los malos momentos.

En cuanto a la fiabilidad, según Nunnally (1987), si la fiabilidad de un instrumento prueba ser muy baja (-,50) puede ser que el instrumento tenga muy pocos ítems, los ítems tengan poco en común, o al menos esto sea cierto para la muestra estudiada (Solís-Cámara, Díaz, Medina y Barranco, Montejano y Tiscareño, 2002). En este trabajo no hemos tenido esa problemática debido a que los coeficientes alfa fueron bastante semejantes a los de la escala original.

Uno de los hallazgos más significativos es que el instrumento posee un potencial de utilidad amplio y de gran desarrollo debido a una cuestión psicométrica; ésta se refiere a los buenos resultados obtenidos en razón de la confiabilidad del instrumento o de sus factores, entre los cuales algunos alcanzaron valores de alfa de ,95, con una varianza explicada aceptable.

Por otro lado, es destacable el hecho de que los pacientes se sienten apoyados por sus familias y amigos, pero existen algunas conductas por parte de éstos que pueden causar estrés a los enfermos. Por ello, es importante detectar y erradicar este tipo de conductas (por ejemplo, a través de programas de intervención) que pueden influir de manera negativa en la salud y el bienestar de los enfermos.

En definitiva, parece justo afirmar que la escala de apoyo social adaptada al contexto español muestra una estructura factorial y una consistencia interna adecuadas; por lo que la hacen confiable para evaluar los constructos que mide. No obstante, aún no se pueden hacer interpretaciones profundas ni generalizaciones a otras poblaciones, ya que se requieren posteriores estudios confirmatorios con muestras más grandes en cuanto al número de pacientes, así como el estudio de distintos grupos culturales.

Finalmente, nos gustaría dejar claro que los resultados encontrados en este estudio son preliminares y, por lo tanto, representan tan solo el inicio de uno mucho más amplio; es necesario seguir indagando sobre las propiedades psicométricas de la escala analizada y adaptada al español en esta investigación, por ejemplo, a través de un análisis de la validez externa (relación con un criterio y otros constructos relacionados), evaluando la ausencia de sesgos,

ampliando al uso de otras muestras y de mayor tamaño, o aplicando técnicas estadísticas para evaluar la equivalencia del constructo dentro del AF y garantizar la equivalencia o equiparación de las

puntuaciones, entre otras. De este modo, el objetivo a partir de ahora es seguir investigando para llegar a conseguir una completa validación de la escala.

Referencias

- Abbey, A., Abramis, D.J., y Caplan, R.D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 111-119.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Barrón, A., y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Burg, M.M., y Seeman, T.E. (1994). Families and health: The negative side of social ties. *Annual Behavioral Medicine*, 16, 109-115.
- Chronister, J., Chin Chou, C., Frain, M., y Da Silva, E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: A meta-analysis. *Journal of Rehabilitation*, 74(2), 16-32.
- Cohen, S., Gottlieb, B.H., y Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L.G. Underwood y B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, S., y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis. A theoretical analysis. En A. Baum, S.E. Taylor y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. New Jersey: Hillsdale.
- Coyne, J.C., y DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460.
- Coyne, J.C., Wortman, C.B., y Lehman, C.R. (1988). The other side of support. En B.H. Gottlieb: *Marshalling social support*. Newbury Park: Sage.
- Cutrona, C.E., y Russell, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. En B.A. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley.
- Dunkel-Schetter, C., y Bennett, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. En B.R. Sarason, J.G. Sarason y G.R. Pierce: *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Elosua, P., y Zumbo, B.D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Fernández, S., López, M.L., Comas, A., García, E., y Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.
- Fiore, J., Becker, J., y Copel, D.B. (1983). Social network interactions: A buffer or stress? *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-440.
- Glynn, T.S. (1981). Psychological sense of community: Measurement and application. *Human Relations*, 34, 789-818.
- Gottlieb, B.H. (1988). *Social networks and social support*. Londres: Sage.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E., Herrero, J., y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Gracia, E., Herrero, J., y Musitu, G. (2002). *Análisis e intervención social. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Lin, N., Dean, A., y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Orlando: Academic Press.
- Lozano, L.M., García-Cueto, E., y Muñoz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology*, 4(2), 7-79.
- Manne, S.L., y Zautra, A.J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 608-617.
- McMillan, D.W., y Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- Nunnally, J.C. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Pozo, C., Alonso, E., y Hernández, S. (2007). Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En A. Blanco y J. Rodríguez-Marín (Coords.), *Intervención psicosocial* (pp. 75-101). Madrid: Prentice Hall.
- Pozo, C., Hernández, S., Alonso, E., Cid, N., Martos, M.J., y Pérez, E. (2005a). Propuesta de un modelo multidimensional de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. *IX Congreso Europeo de Psicología*, Granada, 22-25 de julio.
- Pozo-Muñoz, C., Martos-Méndez, M.J., Alonso-Morillejo, E., y Salvador-Ferrer, C. (2008). Social support, burnout and well-being in teaching professionals. Contrast of a direct and buffer effect model. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 127-141.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, S.D., y Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33(7), 807-813.
- Reynolds, J.S., y Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23, 425-430.
- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Rook, K.S. (1992). Detrimental aspects of social relationships: Taking stock of an emerging literature. En H.O.F. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 157-192). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a Community Psychology*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Shinn, M., Lechmann, S., y Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*, 40(4), 55-76.
- Solis-Cámara, P., Díaz, M., Medina, Y., Barranco, Montejano, H., y Tiscareño, A. (2002). Estructura factorial y propiedades de la Escala de Comportamientos para Madres y Padres con Niños Pequeños (ECMP). *Psicothema*, 14(3), 637-642.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Universidad Rovira y Virgili (2005). Programa FACTOR.
- Wilcox, V.L., Kasl, S.V., y Berkman, L.F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology*, 13, 170-179.
- Wills, T.A., y Yager, A.M. (2003). Family factors and adolescent substance use: Model and mechanisms. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 12, 222-226.
- Wortman, C.B., y Conway, T.L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Zumbo, B.D., y Rupp, A.A. (2004). Responsible modelling of measurement data for appropriate inferences: Important advances in reliability and validity theory. En D. Kaplan (Ed.), *The SAGE Handbook of Quantitative Methodology for the Social Sciences* (pp. 73-92). Thousand Oaks, CA: Sage Press.