

Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores

José Gutiérrez-Maldonado¹, Alejandra Caqueo-Úrizar², Marta Ferrer-García¹ y Paula Fernández-Dávila²

¹ Universidad de Barcelona y ² Universidad de Tarapacá (Arica, Chile)

Se describe la percepción de apoyo y el funcionamiento social de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales, y su relación con la calidad de vida. Participaron 45 pacientes y 45 familiares atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. Tanto los pacientes como los cuidadores presentan una percepción pobre de apoyo social por parte de personas extra-familiares, así como una escasa integración social. No obstante, los pacientes muestran adecuadas capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar inmediato. A diferencia de lo encontrado en países desarrollados, estos pacientes muestran niveles moderados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción de apoyo social y con la capacidad de establecer y mantener contactos sociales. La calidad de vida de los cuidadores principales se relaciona con la capacidad de los pacientes para establecer y mantener contactos sociales dentro del grupo familiar, en otras instancias sociales, y en el mantenimiento de un empleo. Los resultados del estudio sugieren la necesidad de considerar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, y su integración familiar y comunitaria como un objetivo central en los programas de apoyo para estos pacientes y sus cuidadores.

Influence of perceived social support and functioning on the quality of life of patients with schizophrenia and their caregivers. Perception of social support and functioning of patients with schizophrenia and their primary caregivers and its relationship to quality of life are described. Forty-five patients and their 45 relatives, treated at the Mental Health Services in Arica, Chile, participated. Both patients and caregivers in the study have a poor perception of social support with regard to extra-family people, as well as a low social integration. However, patients showed adequate capacity to function within their immediate family. Unlike what was found in developed countries, these patients showed moderate levels of quality of life, with a strong relationship with perceptions of the social support they receive from family and significant others and the ability to establish and maintain social contacts. Quality of life of primary caregivers is linked to patients' ability to establish and maintain social contacts within the family group, as in other social instances, such as keeping a job. The results of the study suggest the need to consider the design and application of programs of support for these patients and their caregivers, with the central aim of the social functioning of the above-mentioned patients and their familiar and community integration.

La investigación en el ámbito de las psicosis, y concretamente de la esquizofrenia, se ha centrado tradicionalmente en el estudio de los síntomas positivos (Lenior, Dingemans, Linszen, de Hann y Schene, 2001). Sin embargo, los avances en el tratamiento de la sintomatología psicótica no siempre han ido acompañados de una mejora en la calidad de vida de estos pacientes (Bystritsky et al., 2001), lo que alerta sobre la necesidad de tener en cuenta otros aspectos psicosociales. Más del 60% de las personas con esquizofrenia presentan déficits severos en su funcionamiento social que aparecen, generalmente, durante los primeros cinco años desde el inicio del trastorno (Juckel y Morosini, 2008; Ochoa et

al., 2006). El funcionamiento social se define como la capacidad de adaptación de la persona a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales, además de la capacidad para adoptar roles sociales como cónyuge o trabajador (Cavieres y Valdebenito, 2005). De hecho, el síntoma predominante en los pacientes crónicos es el deterioro en el rendimiento social, por lo que la mayoría de ellos tienen que aprender o reaprender habilidades sociales para adaptarse a la comunidad (Dickinson, Bellack y Gold, 2007; Kurtz y Mueser, 2008). Este deterioro en el funcionamiento social no solo se ve influido por los síntomas psicóticos; otros factores tales como la capacidad cognitiva, la afectividad y los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos también deben tenerse en cuenta (Barrowclough y Tarrrier, 1990; Bozikas et al., 2006; Burns y Patrick, 2007; Liddle, 2000). Los síntomas negativos parecen ser los mejores predictores del deterioro en el funcionamiento social (Bellack, Morrison, Wixted y Mueser, 1990; Ciudad, Olivares, Bousoño, Gómez y Álvarez, 2006; Couture, Granholm y Fish, 2011; Shamsi et al., 2011). Una alta incidencia de síntomas negativos

está asociada a disfunciones económicas, profesionales, sociales y funcionales en los pacientes, quienes presentan largos períodos de hospitalización, atraso en su recuperación y pobres resultados en el tratamiento, deteriorando significativamente su calidad de vida. Si bien el uso de antipsicóticos atípicos, que producen menos efectos secundarios, contribuye a mejorar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia (Addington y Addington, 2008; Maki-nen, Miettunen, Isohanni y Koponen, 2008; Nuss y Tessier, 2010), el desarrollo de intervenciones psicosociales son primordiales para la reinserción social y el mantenimiento en la comunidad de los pacientes (Caqueo-Urizar y Lemos-Giráldez, 2008; Kern, Glynn, Horan y Marder, 2009; López, 2007; Mubarak, 2005; Ruiz-Ruiz, García-Ferrer y Fuentes-Durá, 2006). También es interesante señalar que la percepción que tienen los pacientes de su funcionamiento social difiere de la percepción que tienen los cuidadores respecto al mismo. Mientras los pacientes tienden a percibir de mejor forma su funcionamiento familiar, los cuidadores parecen observar lo contrario, además de experimentar una importante sobrecarga derivada del cuidado de su familiar. Entre los factores que generan mayor sobrecarga en el cuidador destacan la sintomatología del paciente, la carga económica, la falta de tiempo libre para el cuidador y el escaso funcionamiento social por parte del paciente (Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006; Ganguly, Chadda y Singh, 2010; Grandón, Jenaro y Lemos, 2008; Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, Ferrer-García, 2009; Uribe, Mora y Cortés, 2007).

Junto con el funcionamiento social, otro aspecto que parece influir en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia es el apoyo social, definido como: (i) provisión de información de personas relevantes, que hace que las personas se sientan amadas y estimadas; (ii) una red de comunicación y obligaciones mutuas; (iii) el intercambio de recursos; y (iv) el establecimiento de vínculos sociales entre individuos (Lee et al., 2006). El apoyo social aumenta la capacidad de los individuos para hacer frente y adaptarse a la vida diaria y a los acontecimientos estresantes. Así, las personas con esquizofrenia que poseen relaciones sociales de apoyo muestran mejores condiciones de vida, menor presencia de síntomas y menos ingresos hospitalarios que aquellos que carecen de dicho apoyo (Norman et al., 2005). Todo ello contribuye a mejorar su funcionamiento social y su adaptación a la comunidad (Erickson, Beiser, Iacona, Fleming y Lin, 1989; Howard, Leese y Thornicroft, 2000; Lam y Rosenheck, 2000). Además la relación entre el apoyo social y la mejora en la calidad de vida de estos pacientes parece ser independiente de variables de confusión como el género, la edad de inicio del trastorno, el período de tiempo transcurrido desde que se desarrolló la patología y el inicio del tratamiento, o el ajuste premórbido (Malla, Norman, McLean y McIntosh, 2001). Cabe decir que la mayor parte de pacientes con esquizofrenia cuentan con escasas redes sociales, conformadas mayoritariamente por familiares. Consecuentemente, las personas con esquizofrenia suelen tener una percepción pobre de apoyo social, especialmente del que proviene de personas extrafamiliares, manteniendo escaso contacto con la comunidad (Huang, Sousa, Tsai y Hwang, 2008; Jiménez, Vásquez y Vásquez, 2007; Schomerus et al., 2007). Ciertas variables sociodemográficas parecen modular la formación de dichos contactos: los pacientes de sexo femenino tienden a tener mayores redes sociales que los hombres (Kimura, 1999); además las redes sociales disminuyen con la edad, esto es, los pacientes mayores presentan menos habilidades sociales, lo que está asociado a un mayor deterioro cognitivo (Mueser, Pratt, Bartels, Forester,

Wolfe y Cather, 2010); por otro lado, los pacientes trabajadores y con un mejor nivel educativo tienen más probabilidades de ampliar sus redes sociales que aquellos que no trabajan o que tienen menos estudios (Browne y Courtney, 2005; Schomerus et al., 2007).

En la evaluación de la eficacia de los tratamientos para pacientes con esquizofrenia, se ha evidenciado la necesidad de tener en cuenta la calidad de vida experimentada por los pacientes. La calidad de vida se define como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida dentro del contexto social y del sistema de valores en el que viven y en la relación con sus metas, expectativas, normas e intereses (Whoqol, 1993). Se trata de un concepto esencialmente subjetivo y engloba aspectos tales como la capacidad funcional de la persona, su bienestar y estado psicológico, las interacciones sociales que establece y su situación económica. Considerando que la comunidad y el contexto social pueden establecer diferencias importantes en la percepción que el sujeto pueda tener, el objetivo de esta investigación es describir la relación entre la percepción de apoyo y funcionamiento social con la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales en una comunidad latinoamericana. Siendo las hipótesis de estudio las siguientes: 1) el apoyo social percibido por los pacientes será significativamente más alto cuando provenga de la familia que de personas ajenas a ésta; 2) los pacientes con esquizofrenia percibirán un mejor funcionamiento social que sus cuidadores; 3) a mayor funcionamiento social de los pacientes, mayor calidad de vida en pacientes y cuidadores; 4) a mayor percepción de apoyo social, mayor calidad de vida en pacientes. Esperando encontrar niveles moderados de calidad de vida en los participantes del estudio, según investigaciones previas.

Método

Participantes

Cuarenta y cinco pacientes con esquizofrenia, atendidos en el Servicio de Salud Mental de Arica (Chile), y 45 cuidadores participaron en el estudio. La muestra de cuidadores estuvo formada por 29 mujeres y 16 hombres, de entre 20 y 80 años ($M= 54,2$; $DT= 18,1$). El promedio de años conviviendo con el paciente oscilaba entre 2 y 51 años ($M= 2,9$; $DT= 13$). La muestra de pacientes que participó en el estudio corresponde al 18,7% de 246 usuarios de la Atención Secundaria del Servicio de Salud Mental de Arica. El 57,8% de pacientes que participaron en el estudio eran varones y su rango de edad oscilaba entre los 18 y los 78 años ($M= 40,7$; $DT= 13,9$). El diagnóstico más frecuente fue la esquizofrenia paranoide (55,6%), seguida por esquizofrenia residual (13,3%), siendo un 95,6% de los pacientes los que seguían algún tratamiento farmacológico. El primer episodio de esquizofrenia se presentó con una media de edad de 23,2 años ($DT= 8,6$) y el promedio de hospitalizaciones a lo largo del curso de la enfermedad se situaba alrededor de $1,8 \pm 2,8$ veces y en los últimos tres años el promedio fue $0,7 \pm 0,2$. Del total de pacientes, el 84,4% recibía una pensión estatal por invalidez.

Instrumentos

Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988): compuesta por 12 ítems, recoge información sobre el apoyo social percibido por los pacientes en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Su

escala de respuesta corresponde a una escala tipo Likert que abarca desde: 1= muy en desacuerdo a 7= muy de acuerdo. El instrumento ha sido traducido al español y se ha validado en Chile, para lo cual fue necesario realizar adaptaciones en la escala de respuesta consistentes en cambiarla por una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos, 1= casi nunca; 2= a veces; 3= con frecuencia; 4= siempre o casi siempre. Para fines del estudio se aplica el instrumento en su versión chilena, presentando adecuadas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0,86 para la escala total (Arechavala y Miranda, 2002).

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV; Giner et al., 1997): compuesto por 59 ítems, divididos en dos escalas: Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F), compuesta por 13 ítems que evalúan aspectos agradables o positivos de la calidad de vida, y la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D), compuesta por 46 ítems que evalúan aspectos desagradables o negativos de la calidad de vida. Su escala de respuesta corresponde a una escala tipo Likert de cinco puntos, que abarca desde 1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo. Este instrumento ha sido validado en Chile, presentando una elevada consistencia interna dentro de cada escala (alfa de Cronbach de 0,89 y de 0,95 en las dimensiones de aspectos desfavorables y favorables) (Alvarado y Muñoz, 2006).

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS; Kay, Fiszbein y Opler, 1987): su utilidad radica en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. La escala se aplica mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres subescalas: la *positiva* (PANSS-P), de 7 ítems, que evalúa aquellos síntomas como alucinaciones y trastornos del pensamiento; la *negativa* (PANSS-N), también de 7, que mide síntomas de desmotivación y reducción de la emoción; y la de *psicopatología general* (PANSS-PG), de 16 ítems, que mide la presencia de depresión o ansiedad. Se acepta una cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva. El instrumento ha sido traducido y validado en España por Peralta y Cuesta (1994). Sus propiedades psicométricas presentan buena validez inter-observador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intra-clase es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas.

Escala de Funcionamiento Social (SFS; Birchwood y Cochrane, 1990): evalúa aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia. Las siete áreas que explora son: aislamiento/implicación social, conducta interpersonal, actividades prosociales, ocio, independencia/competencia, independencia/desempeño y empleo/ocupación. Permite obtener una puntuación global del funcionamiento social y siete puntuaciones relativas a cada una de las áreas. Las puntuaciones más altas indican siempre un mayor nivel de funcionamiento social. Existen dos versiones de la escala, en función de la distinta fuente de información: el propio paciente (autoinformada) y/o un informador clave (heteroinformada). El instrumento fue validado en su versión española. La consistencia interna de la prueba es 0,80 para la totalidad, estando para las subescalas entre 0,69 y 0,87. La fiabilidad inter-examinadores se sitúa en las subescalas entre 0,69 y 0,96. Para la prueba en total es de

0,94. Ambas versiones fueron aplicadas a los participantes de este estudio. Además, se aplicó una escala de sobrecarga a los cuidadores (Vázquez-Morejón y Jiménez García-Bóveda, 2000).

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980): instrumento autoaplicado que valora la vivencia subjetiva de la sobrecarga sentida por el cuidador, consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga (<46), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa (>56). El instrumento ha sido validado en Chile, presentando adecuadas propiedades psicométricas, claridad de sus reactivos y una adecuada consistencia interna, con un alpha de Cronbach de 0,91 (Breinbauer, Vázquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009).

Procedimiento

En la selección de los participantes en el estudio se contemplaron los siguientes criterios de exclusión: presencia de algún cuadro de base orgánica, presencia de trastorno por abuso de sustancia, presencia de algún trastorno de tipo sensorial o cognitivo, y trastorno psiquiátrico presente en alguno de los cuidadores.

Previo a la aplicación de los instrumentos, los participantes recibieron un documento donde se especificaban los objetivos de la investigación, la voluntariedad de la misma, la confidencialidad de los datos y los criterios de inclusión. A aquellos pacientes y cuidadores que aceptaban participar se les solicitaba el consentimiento informado. No se ofreció ninguna gratificación por participar en el estudio.

A continuación se recogieron los datos demográficos de los pacientes y sus cuidadores, y se cubrieron los cuestionarios en el siguiente orden: Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPPS), Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), Escala de Funcionamiento Social (SFS) y, finalmente, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. El tiempo medio de evaluación fue de una hora aproximadamente. La aplicación la realizaron sendas psicólogas, llevándose a cabo en el domicilio de los pacientes.

En primera instancia se hicieron llegar invitaciones escritas del Servicio de Salud y de la Universidad de Tarapacá a los hogares de los usuarios para participar en el estudio; sin embargo, la respuesta de parte de éstos fue nula, por lo que se optó a realizar la evaluación en los domicilios.

Análisis de datos

En primer lugar, se llevaron a cabo correlaciones entre la escala de calidad de vida del paciente, la escala de percepción de apoyo social y la escala de funcionamiento social con el objetivo de comprobar si existe relación entre estas variables. Seguidamente, se aplicó un análisis de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos con el fin de averiguar qué dimensiones de la escala de percepción de apoyo social y de la escala de funcionamiento social eran suficientes para explicar las dimensiones *Función favorable* y *Función desfavorable* de la escala de calidad de vida, definida como variable criterio. Finalmente, se llevaron a cabo diversos modelos de regresión para determinar qué dimensiones de la escala de percepción de funcionamiento social eran necesarias para explicar las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones de la escala de sobrecarga del cuidador, definida como variable criterio.

Resultados

Evaluación de la percepción que tienen los pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores del funcionamiento social y del apoyo social de los primeros

Tal como se observa en las tablas 1 y 2, tanto los pacientes como sus cuidadores atribuyen a las personas con esquizofrenia un nivel de funcionamiento social global medio. Asimismo, tanto unos como otros perciben a los pacientes como más competentes en sus interacciones sociales intrafamiliares que en las relaciones sociales que establecen con personas ajenas al entorno familiar. En cuanto al apoyo social, las personas con esquizofrenia perciben que éste les viene dado principalmente por su familia.

Tabla 1

Resultados obtenidos por los pacientes con esquizofrenia en la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS), el Cuestionario de Calidad de Vida Sevilla (CSCV), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) y la Escala de Funcionamiento Social (SFS)

Escala	Subescala	M	DT	R
MSPSS	Factor amigos	9	4,2	4-16
	Factor familia-otros significativos	24,6	5,8	8-42
CSCV	Escala de aspectos desfavorables	105	36,9	1-230
	Escala de aspectos favorables	48,7	11,7	1-65
PANSS	Subescala positiva	10,2	5,4	7-49
	Subescala negativa	16	7,8	7-49
	Subescala de psicopatología general	31,3	14,1	7-112
SFS	Funcionamiento social global	99	9,97	67-121
	Aislamiento	9,9	2,6	0-15
	Comunicación interpersonal	4,8	2,1	0-9
	Autonomía-Ejecución	26,4	7,1	0-39
	Autonomía-Competencia	34,8	4,5	13-39
	Ocio	18	6,7	0-45
	Actividades pro-sociales	16,8	9,1	0-66
	Trabajo-Empleo	3,8	2,9	0-6

Tabla 2

Resultados obtenidos por los cuidadores en la Escala de Funcionamiento Social (SFS) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador

Escala	Subescala	M	DT	R
SFS	Funcionamiento social global	101,6	9,9	79-119
	Aislamiento	10,2	2,5	0-15
	Comunicación interpersonal	4,8	2,6	0-9
	Autonomía-Ejecución	26,1	8,2	0-39
	Autonomía-Competencia	32,8	6,8	13-39
	Ocio	15,6	7,11	0-45
	Actividades pro-sociales	14,9	11	0-66
	Trabajo-Empleo	4,3	2,8	0-6
Escala de sobrecarga del cuidador	Total	53,8	18,6	
	Sobrecarga	33,7	11,9	
	Rechazo	5	2,4	
	Incompetencia	15	6,2	

Influencia de la percepción de apoyo y funcionamiento social sobre la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia

Con el objetivo de estudiar la influencia que la percepción de apoyo y funcionamiento social ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes, se correlacionaron las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida con los resultados de las escalas de funcionamiento social (SFS) y de percepción de apoyo social (MSPSS). Se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la escala percepción de apoyo social, tanto en la dimensión amigos como en la dimensión familiares-otros significativos, y la dimensión *Función favorable* (entendida como aspectos positivos o satisfactorios de la calidad de vida) del CSCV. Asimismo, se encontró una correlación negativa y significativa entre la dimensión de percepción de apoyo social brindada por familiares y la dimensión *Función desfavorable* (entendida como aquellos aspectos negativos o insatisfactorios de la calidad de vida) del CSCV. Las personas que perciben menos apoyo por parte de su familia son las que muestran una función más desfavorable (tabla 3). La escala de percepción de funcionamiento social también muestra correlaciones estadísticamente significativas con la escala de calidad de vida. Concretamente, la dimensión *Función favorable* correlaciona positiva y significativamente con las dimensiones *Comunicación interpersonal*, *Autonomía-Ejecución*, *Autonomía-Competencia* y con *Trabajo-Empleo*, y la dimensión *Función desfavorable* correlaciona negativa y significativamente con las dimensiones *Aislamiento* y *Comunicación interpersonal*.

En las tablas 4 y 5 se describen los coeficientes de regresión que explican la Función favorable y desfavorable de la calidad de vida en los pacientes.

Se aplicó un análisis de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos para determinar qué dimensiones de la escala de Percepción de Apoyo Social (MSPSS) y de la Escala de Funcionamiento Social (SFS) eran suficientes para explicar la dimensión *Función favorable*, por un lado, y la dimensión *Función desfavorable*, por otro, del Cuestionario Sevilla de calidad de vida. En la ecuación de regresión para explicar la dimensión *Función favorable* entró a formar parte en primer lugar la dimensión Apoyo Social Percibido *factor familia-otros significativos* con un R= 0,5

Tabla 3

Correlaciones entre percepción de apoyo (MSPSS) y funcionamiento social (SFS), y los aspectos favorables (CSCV-F) y desfavorables (CSCV-D) de la calidad de vida en pacientes

		CSCV-F	CSCV-D
MSPSS	Amigos	,438**	-,253
	Familia-otros significativos	,500**	-,325*
SFS	Aislamiento	,242	-,310*
	Comunicación interpersonal	,381**	-,374*
	Autonomía-Ejecución	,380*	-,157
	Autonomía-Competencia	,352*	-,284
	Ocio	,159	-,203
	Actividades pro-sociales	,165	-,124
	Trabajo-Empleo	,358*	-,200

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

que explicaba un 25% de su varianza, porcentaje significativo con $p \leq 0,001$. En segundo lugar entró a formar parte de la ecuación la dimensión Apoyo Social Percibido *factor amigos* con un incremento del 9% del porcentaje de varianza explicado, que resultó significativo con $p = 0,001$. Finalmente, R alcanzó un valor de 0,59, explicando un 35% de la varianza de la dimensión *Función favorable*.

Con respecto a la explicación de la dimensión *Función desfavorable* se encontró que en primer lugar entraba a formar parte de la ecuación de regresión la puntuación en la dimensión de *aislamiento* del cuestionario de funcionamiento social, con un $R = 0,48$ que explicaba un 23% de su varianza. En segundo lugar entró a formar parte de la ecuación la dimensión *comunicación interpersonal* con un incremento del 2% del porcentaje de varianza explicado, que resultó significativo con $p = 0,001$. Finalmente, R alcanzó un valor de 0,6, explicando un 37% de la varianza de la dimensión *Función desfavorable*.

Influencia de la percepción de funcionamiento social que tienen los cuidadores sobre el grado de sobrecarga que experimentan

En la tabla 6 aparecen los coeficientes de correlación entre las medidas de la escala de percepción de funcionamiento social que los cuidadores tienen de los pacientes y las medidas de sobrecarga que estos cuidadores presentan, evaluadas mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Se encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la puntuación total de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y las dimensiones *comunicación interpersonal* y *trabajo-empleo* del SFS. Al considerarse por separado las tres subescalas de la Escala de Sobrecarga del Cuidador, se observa que existe una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la subescala de *sobrecarga* y la dimensión *trabajo y empleo*, correlaciones negativas y estadísticamente significativas

Tabla 4
Coeficientes de regresión de la función favorable de la calidad de vida en pacientes

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,500 ^a	,250	,233	10,260
2	,591 ^b	,349	,318	9,671

a. Variables predictoras: (Constante), factor amigos
 b. Variables predictoras: (Constante), factor amigos, factor familia otros significativos
 c. Variable dependiente: Función favorable

Tabla 5
Coeficientes de regresión de la función desfavorable de la calidad de vida en pacientes

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,488 ^a	,238	,220	32,636
2	,609 ^b	,371	,341	30,001

a. Variables predictoras: (Constante), aislamiento
 b. Variables predictoras: (Constante), aislamiento, comunicación interpersonal
 c. Variable dependiente: Función desfavorable

entre la subescala de *rechazo* y las dimensiones de *aislamiento*, *comunicación interpersonal*, *actividades prosociales* y *trabajo-empleo*, y, finalmente, una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la subescala de *incompetencia* y la dimensión de *comunicación interpersonal*.

En la tabla 7 se describen los coeficientes de regresión para explicar los niveles de sobrecarga en los cuidadores.

Para determinar qué dimensiones relacionadas con la escala percepción de funcionamiento social eran necesarias para explicar la puntuación total en subescala sobrecarga, se aplicó un modelo de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos en cuya ecuación únicamente entró a formar parte la puntuación de la dimensión *comunicación interpersonal* con un $R = 0,36$ que explicaba un 13% de su varianza, porcentaje significativo con $p = 0,001$. Para la explicación de la puntuación de la subescala de *sobrecarga* entró a formar parte de la ecuación de regresión únicamente la puntuación de la dimensión de *trabajo-empleo* de la SFS, con un $R = 0,3$ que explicaba un 9% de su varianza, porcentaje significativo con $p =$

Tabla 6
Correlaciones entre percepción de funcionamiento social (SFS) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador

	Escala de sobrecarga del cuidador			
	Total	Sobrecarga	Rechazo	Incompetencia
Aislamiento	-,240	-,229	-,294*	-,160
Comunicación interpersonal	-,367*	-,263	-,546**	-,376*
Autonomía-Ejecución	-,136	-,108	-,149	-,139
SFS				
Autonomía-Competencia	-,011	,047	-,218	-,037
Ocio	-,034	,004	-,096	-,070
Actividades pro-sociales	-,246	-,219	-,319*	-,189
Trabajo-Empleo	-,318*	-,304*	-,309*	-,247

** La correlación es significativa al nivel 0,001 (bilateral)
 * La correlación es significativa al nivel 0,005 (bilateral)

Tabla 7
Coeficientes de regresión niveles de sobrecarga en cuidadores

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1 subescala sobrecarga	,305 ^a	,093	,072	11,484
1 subescala rechazo	,547 ^c	,299	,283	2,116
1 subescala incompetencia	,375 ^c	,141	,121	5,904
1 escala total	,368 ^a	,135	,115	17,576

a) Variables predictoras: (Constante), Puntaje T trabajo/empleo
 b) Variable dependiente: Subescala sobrecarga Zarit
 c) Variables predictoras: (Constante), Puntaje T comunicación interpersonal
 d) Variable dependiente: Subescala rechazo Zarit
 e) Variables predictoras: (Constante), Puntaje T comunicación interpersonal
 f) Variable dependiente: Subescala incompetencia Zarit
 g) Variables predictoras: (Constante), Puntaje T comunicación interpersonal
 h) Variable dependiente: Puntuación Zarit total

0,004. Para la explicación de la puntuación de la subescala de *rechazo*, únicamente entró a formar parte de la ecuación de regresión la puntuación de la dimensión *comunicación interpersonal* con $R=0,54$ que explicaba un 30% de su varianza, porcentaje significativo con $p \leq 0,001$. Finalmente, para la explicación de la puntuación de la subescala de *incompetencia* de Zarit, únicamente entró a formar parte de la ecuación de regresión la puntuación de la dimensión *comunicación interpersonal* con $R=0,37$ que explicaba un 14% de su varianza, porcentaje significativo con $p=0,001$.

Discusión y conclusiones

Considerando que la integración social de los pacientes con esquizofrenia es un objetivo central en las actuales modalidades de rehabilitación e intervención psicosocial, cabe mencionar que los pacientes con esquizofrenia que conformaron esta muestra tienen escasas redes sociales. Éstas están conformadas principalmente por sus cuidadores y familiares cercanos, manteniendo un escaso contacto con la comunidad. Además, realizan pocas actividades recreativas y de interacción social, y solo un reducido porcentaje tiene una ocupación fuera del hogar. Todo ello contribuye a la percepción pobre de apoyo social respecto a personas extrafamiliares que muestran los pacientes con esquizofrenia. Aun así, estos pacientes suelen ser capaces de realizar diversas actividades, tales como cuidar su apariencia personal y llevar a cabo tareas domésticas, de manera autónoma, sin la ayuda de sus cuidadores. Los cuidadores también perciben que los pacientes tienen una escasa integración social externa a la dinámica familiar, aunque perciben una adecuada capacidad de éstos para desenvolverse en su ambiente inmediato. Estos hallazgos coinciden con estudios realizados en países desarrollados en los que se hace hincapié en las dificultades de los pacientes con esquizofrenia para integrarse en ambientes sociales y comunitarios, en contraposición a una mayor integración familiar (Browne y Courtney, 2005; Huang et al., 2007; Jiménez et al., 2007; Schoeremus et al., 2007).

En relación a la calidad de vida de los pacientes, no se encuentran niveles bajos en esta variable, lo que concuerda con estudios previos realizados en la misma localidad de Arica (Caqueo-Urizar y Lemos-Giráldez, 2008). Estos resultados se contraponen a los que suelen obtenerse en estudios llevados a cabo en países desarrollados donde la calidad de vida de los pacientes se percibe peor (Addington y Addington, 2008; Bozikas et al., 2006; Burns y Patrick, 2007). Cabe plantearse si determinadas características o condiciones socioculturales y económicas de esta región, como son su ritmo de vida escasamente competitivo y las modestas expectativas de vida, explicarían las diferencias con los resultados obtenidos en países desarrollados. Así pues, se evidencia la necesidad de analizar el contexto social y cultural de los pacientes con esquizofrenia dada la influencia que pueden ejercer en el curso del trastorno.

Por otro lado, los aspectos satisfactorios para la calidad de vida de los pacientes están estrechamente relacionados con el apoyo social percibido tanto por parte de amigos como de familiares y otros significativos. Aquellos pacientes que muestran mayor percepción de apoyo social presentan más aspectos positivos o agradables de calidad de vida. A su vez, aquellos aspectos desagradables o insatisfactorios para la calidad de vida se relacionan con la percepción de recibir poco apoyo social. Estos resultados hacen patente la importancia que tiene la red social de la cual son parte los pacientes con esquizofrenia tanto para su estado funcional como para su ca-

lidad de vida y curso del trastorno, evidenciándose su índole psicosocial (Howard et al., 2000; Lam y Rosenheck, 2000; Norman et al., 2005).

En cuanto a la calidad de vida de los cuidadores principales, estudios previos evidencian el impacto que tiene esta labor de cuidado en la salud percibida de aquellos que la ejercen (Fernández de Larrinoa et al., 2011; Patti et al., 2007; Seguí, Ortiz-Tallo y de Diego, 2008). Los hallazgos de esta investigación muestran una relación inversa entre la sobrecarga general que experimentan y las interacciones sociales de los pacientes. Aquellos pacientes que mantienen mayores contactos sociales y una ocupación generan menos sobrecarga general en sus cuidadores principales. De esta forma, la variable empleo en el paciente, además de disminuir la sobrecarga del cuidador, es una condición que facilita la integración social, la disminución del gasto económico asociado al trastorno y la satisfacción de las necesidades personales de los pacientes (Chronister, Chan, Sasson-Gelman y Chiu, 2010; Chuaqui, 2005; Gutiérrez-Maldonado et al., 2009; Uribe et al., 2007). En esta línea, Bones Rocha y colaboradores (Bones Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2010) encontraron una mayor prevalencia de problemas de salud mental en personas con menor apoyo social percibido y en aquellas que se hallaban desocupadas, ya fuese por baja laboral, por desempleo o por jubilación.

Los sentimientos de rechazo de los cuidadores y la capacidad de éstos para asumir el cuidado de su familiar enfermo se asocian inversamente con las interacciones y contactos sociales que establecen los pacientes, es decir, aquellos pacientes que logran establecer y mantener interacciones sociales dentro de su ambiente inmediato ayudan a que sus familiares y cuidadores principales logren ajustarse y adaptarse al trastorno, encontrando así un nivel de equilibrio y armonía en el funcionamiento familiar. Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de incorporar conjuntamente en las intervenciones psicosociales a los cuidadores y familiares de los pacientes, debido a la frecuente carga y estrés que vivencian del cuidado de su familiar, lo que repercute desfavorablemente en el bienestar familiar y en la evolución del propio paciente.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio podemos concluir que los pacientes con esquizofrenia presentan una pobre integración social y actividad funcional a pesar de mostrar adecuadas capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar. La percepción de falta de apoyo social y la sensación de aislamiento disminuyen la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, la calidad de vida de los cuidadores se ve mermada cuando la persona a su cargo tiene dificultades para establecer y mantener contactos sociales dentro del grupo familiar y otras instancias sociales, así como en su capacidad para mantener un empleo. Estos datos evidencian la necesidad de tener en cuenta los aspectos relacionados con la integración social y económica de los pacientes con esquizofrenia al trabajar en la reducción del nivel de sobrecarga experimentado por los cuidadores.

A pesar del interés de los datos aportados, el presente estudio adolece de ciertas limitaciones: 1) debido a que la recolección de datos se realizó en los hogares de los pacientes, fue difícil establecer el control de variables ambientales que pudieran interferir o sesgar la información; 2) durante la recolección de datos, un porcentaje importante (20,3%) no accede a participar, lo que redujo considerablemente la muestra; 3) la extensión de la batería de instrumentos aplicada pudo causar agotamiento e influir en la disposición de los participantes.

Futuras investigaciones deberían centrar su estudio en las modalidades de tratamiento administrados actualmente a los pacientes que presentan este trastorno y analizar las medidas de éxito que arrojan, considerando la integración social como criterio fundamental.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido apoyada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico del Gobierno de Chile, FONDECYT, proyecto n° 11075102.

Referencias

- Addington, J., y Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 99, 176-181.
- Alvarado, R., y Muñoz, K. (2006). Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos en una muestra chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44, 249-257.
- Archabalá, M., y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
- Barrowclough, C., y Tarrier, N. (1990). Social functioning in schizophrenia. I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 125-129.
- Bellack, A.S., Morrison, R.L., Wixted, J.T., y Mueser, K.T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 2010, 389-395.
- Bozikas, V., Kosmidis, M., Kafantari, A., Gamvrula, K., Vasiliadou, E., Petrikis, P., Fokas, K., y Karavatos, A. (2006). Community dysfunction in schizophrenia: Rate-limiting factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 30, 463-470.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., y Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137, 657-665.
- Browne, G., y Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311-326.
- Burns, T., y Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 403-418.
- Bystritsky, A., Lieberman, R.P., Hwang, S., Wallace, C.J., Vapnik, T., Maindment, K., y Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14, 214-218.
- Caqueo-Urizar, A., y Gutiérrez-Maldonado J. (2006). Burden in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-724.
- Caqueo-Urizar, A., y Lemos-Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20, 577-582.
- Cavieres, A., y Valdebenito, M. (2005). Cognitive function and quality of life in schizophrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(2), 97-108.
- Chuaqui, J. (2005). The stigma of schizophrenia. *Ciencias Sociales Online*, 2(1), 45-66.
- Ciudad, A., Olivares, J., Bousoño, M., Gómez, J., y Álvarez, E. (2006). Improvement in social functioning in outpatients with schizophrenia with prominent negative symptoms treated with olanzapine or risperidone in a 1 year randomized, open-label trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 30, 1515-1522.
- Couture, S.M., Granholm, E.L. y Fish, S.C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 125, 152-160.
- Chronister, J., Chan, F., Sasson-Gelman, E.J., y Chiu, C.Y. (2010). The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 27, 49-62.
- Dickinson, D., Bellack, A.S., y Gold, J.M. (2007). Social/Communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1213-1220.
- Erickson, D.H., Beiser, M., Iacona, W.G., Fleming, J.A., y Lin, T. (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1456-1461.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., y Gómez Marroquín, I. (2011). Auto percepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23, 388-393.
- Ganguly, K.K., Chadda, R.K., y Singh, T.B. (2010). Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 126-142.
- Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., Bobes, J., Ibáñez, E., Leal, C., y Cervera, S. (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25, 1-24.
- Grandón, P., Jenaro, C., y Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., y Ferrer-García, M. (2009). Effects on a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 343-348.
- Howard, L., Leese, M., y Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 376-385.
- Huang, C.Y., Sousa, V.D., Tsai, C.C., y Hwang, M.Y. (2008). Social support and adaptation of Taiwanese adults with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1795-1802.
- Jiménez, R., Vázquez, A., y Vázquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.
- Juckel, G., y Morosini, P. (2008). The new approach: Psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 630-639.
- Kay, S., Fiszbein, A., y Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-275.
- Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P., y Marder, S.R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361.
- Kimura, D. (1999). *Sex and cognition*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kurtz, M., y Mueser, K. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.
- Lam, J.A., y Rosenheck, R.A. (2000). Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 116-118.
- Lee, T., Yang, T., Chen, P., Hung, N., Lin, S., Chang, F., y Cheng, S. (2006). Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: Main effect and stress-buffering models. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 546-550.

- Lenior, M.E., Dingemans, P.M.A.J., Linszen, D.H., de Hann, L., y Schene, A.H. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 179, 53-58.
- Liddle, P.F. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia: Its impact on social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 11-16.
- López, F. (2007). Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. *Alceon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14, 65-75.
- Makinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M., y Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia- A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 334-341.
- Malla, A.K., Norman, A.K., McLean, T.S., y McIntosh, E. (2001). Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index (client version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 355-361.
- Mubarak, A.R. (2005). Social functioning and quality of life of people with schizophrenia in the northern region of Malaysia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 200-209.
- Mueser, K., Pratt, S., Bartels, S., Forester, B., Wolfe, R., y Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older person with schizophrenia and mayor disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *Journal of Neurolinguistics*, 23, 297-317.
- Norman, R.M.G., Malla, A.K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., y Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80, 227-234.
- Nuss, P., y Tessier, C. (2010). Antipsychotic medication, functional outcome and quality of life in schizophrenia: Focus on amisulpride. *Current Medical Research and Opinion*, 26, 787-801.
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilapiana, M., Márquez, M., Valdelomar, M., y Haro, J. (2006). Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 20, 157-163.
- Patti, F., Amato, M.P., Battaglia, M.A., Pitaro, M., Russo, P., Solaro, C., y Trojano, M. (2007). Caregiver quality of life in multiple sclerosis: A multicentre Italian study. *Multiple Sclerosis*, 13, 412-419.
- Peralta, V., y Cuesta, J.M. (1994). Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22, 171-177.
- Ruiz-Ruiz, J., García-Ferrer, S., y Fuentes-Durá, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24, 137-155.
- Seguí, J.D., Ortiz-Tallo, M., y de Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24, 100-105.
- Shamsi, S., Lau, A., Lencz, T., Burdick, K.E., DeRosse, P., Brenner, R., Lindenmayer, J.P., y Maholtra, A.K. (2011). Cognitive and symptomatic predictors of functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126, 257-264.
- Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M., Bebbington, P., Azorin, J., Brugha, T., y Toumi, M. (2007). Residential area and social contacts in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 617-622.
- Uribe, M., Mora, O., y Cortés, A. (2007). Voces del estigma: percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.
- Vázquez- Morejón, A.J., y Jiménez García-Bóveda, R. (2000). Social Functioning Scale: New contribution concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93, 247-256.
- WHOQOL Group (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality Life Research*, 2, 153-159.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., y Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-55.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.