

**TESIS DOCTORAL:
APOYO SOCIAL Y SALUD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

M^a CARMEN TEROL CANTERO



Presentada el 29 de Julio de 1999. Universidad Miguel Hernández.

TESIS DOCTORAL: M. Carmen Terol Cantero

DIRECTORA DE TESIS: Dra. Sofía López Roig

INDICE

JUSTIFICACIÓN

I. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	1
1. CONCEPTO DE APOYO SOCIAL.....	1
1.1. Definiciones de apoyo social.....	1
1.2. Apoyo Social: Aproximaciones y Perspectivas de Estudio.....	4
1.2.1. Perspectiva Estructural y Sociológica.....	5
1.2.2. Perspectiva Funcional y Psicológica.....	7
1.2.3. Perspectiva Interactiva y Contextual.....	8
1.3. Constructo De Apoyo Social: Niveles De Análisis.....	15
1.3.1. Relaciones sociales.....	17
1.3.2. Redes sociales.....	19
1.3.3. Apoyo social.....	23
1.3.4. Apoyo Percibido, Disponibilidad de Apoyo y Apoyo real.....	42
1.3.5. Apoyo Social y Personalidad.....	49
2. EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL.....	53
2.1. Instrumentos de Apoyo social: Dimensiones	56
2.2. Revisión instrumentos: Análisis y Confusión Operativa.....	60
2.3. Escala de Apoyo social Percibido (E.A.S.P.).....	67

3. EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD.....	76
3.1. Efectos directos y Efectos Buffer o Amortiguadores.....	76
3.2. Efectos Interactivos , Mediadores e Independientes.....	80
3.3. Revisión empírica: Apoyo social y Salud en pacientes oncológicos.....	86
3.3.1. Apoyo social y variables Clínicas.....	88
3.3.2. Apoyo social, y variables Psicosociales.....	90
3.3.3 Apoyo social Afrontamiento y variables Psicosociales.....	94
II ESTUDIO EMPIRICO.....	111
1. OBJETIVOS.....	111
1.1.Objetivos Generales.....	111
1.2.Objetivos Específicos.....	112
2. HIPÓTESIS.....	118
3. MÉTODO.....	124
3.1.Sujetos.....	125
3.1.1.Descripción de la muestra I.....	125
3.1.2.Descripción de la muestra II.....	129
3.2. Instrumentos y Variables.....	132
3.3. Procedimiento.....	147
3.4.Tratamiento y Análisis Estadístico de los datos.....	151

4. RESULTADOS.....	153
4.1. Dimensiones de apoyo social: muestra I.....	155
4.1.1. Proveedores, satisfacción y acciones de apoyo.....	155
4.1.2. Estabilidad de las dimensiones de apoyo:.....	164
4.1.3. Estructura de las dimensiones de apoyo:	167
4.1.4. Dimensiones de apoyo, clima familiar y sinceridad.....	172
4.1.5. Grado de acuerdo paciente, familiar y profesional.....	174
4.2. Dimensiones de apoyo social: muestra II.....	180
4.2.1. Proveedores, satisfacción, y acciones o categorías de apoyo.....	181
4.2.2. Apoyo social, percepción de estrés y afrontamiento.....	187
4.2.3. Apoyo social, percepción de estrés, Afrontamiento y Salud.....	192
III. DISCUSION.....	201
1. Estabilidad, estructura y relaciones de las dimensiones de apoyo social.....	201
2. Dimensiones de apoyo social: descriptiva, relaciones y diferencias.....	213
3. Dimensiones de apoyo social y salud.....	225
IV. CONCLUSIONES.....	234
V. BIBLIOGRAFÍA.....	237
VI. ANEXOS.....	

JUSTIFICACION:

El diagnóstico del cáncer o la sospecha del mismo provoca una serie de respuestas emocionales, de amenaza a la vida, de esperanza y desesperanza al mismo tiempo, y de sentimientos de vulnerabilidad. El inicio y proceso de esta enfermedad desencadena una serie de problemas físicos, emocionales, y comportamentales que influyen en la adaptación y ajuste de estos pacientes. Las investigaciones centradas en estos aspectos resultan ser de gran interés para todos aquellos profesionales que abordan la problemática de las enfermedades oncológicas en general. En la actualidad, los objetivos del cuidado del paciente de cáncer incluyen tanto los cuidados médicos como la atención hacia determinadas áreas de impacto social y psicológico. Se entiende que tratar a un paciente es seleccionar la mejor terapia según sus condiciones clínicas, pero también según el efecto que pueda tener sobre su funcionamiento físico, social y psicológico, y finalmente, sobre su calidad de vida. Este nuevo enfoque del cuidado del enfermo resulta de especial interés por su aplicabilidad a las enfermedades crónicas en general, pero es en el área oncológica donde presenta un mayor desarrollo. Otro indicador de la visión integral de la atención al paciente de cáncer es el desarrollo de la Psico-Oncología como área multidisciplinar que engloba los cuidados físicos, la atención psicológica, el desarrollo social y la investigación en cualquiera de estos ámbitos (Holland, 1997). Es pues, en el área de la Psico-Oncología como campo de aplicación donde se enmarca este trabajo, centrándose en el apoyo social, como uno de los recursos personales más importantes en cuanto a sus efectos sobre el impacto de la enfermedad.

La incertidumbre y la amenaza a la vida ante una enfermedad como el cáncer le confiere unas características especiales que incrementan las necesidades de apoyo (Hegelson y Cohen, 1996). La experiencia de los profesionales de la oncología indica que es necesario que el enfermo cuente con otras personas en su proceso; y que la falta de recursos sociales es un indicador de riesgo en la adaptación emocional, e incluso para la evolución de su enfermedad (Spiegel, Bloom, Kramer, y Gottheil; 1989). Así, en el contexto de enfermedad en general, la investigación en Apoyo social constituye un área de interés que pretende evaluar la respuesta de las redes de apoyo del paciente y de sus efectos sobre la salud.

Uno de los aspectos centrales es la relación del apoyo social con las diferentes formas de afrontamiento y adaptación a la enfermedad, en términos de sus efectos directos y/o amortiguadores (Lin y Ensel, 1989; Ensel y Lin, 1991). Las investigaciones sobre Afrontamiento y Apoyo social se han incrementado notablemente en los últimos años, y se dirigen hacia aquellas cuestiones que aún quedan sin resolver en cuanto al funcionamiento de estas dos dimensiones en relación al ajuste o adaptación. Un objetivo común es identificar cómo las distintas formas y mensajes de apoyo afectan a la evaluación de un acontecimiento estresante, a las formas de afrontamiento y a los resultados sobre salud y bienestar. Determinar la estructura de la relación entre apoyo social y afrontamiento permitiría, finalmente, establecer el modo en que éstas explican los procesos de ajuste y adaptación del paciente oncológico.

Los resultados de las investigaciones en este campo ofrecen la posibilidad de predecir o modificar en su caso, los efectos que determinadas características del apoyo social vayan a tener sobre el impacto y el proceso de enfermedad, permiten además, poner a prueba y modificar las teorías que sustentan las relaciones entre apoyo, afrontamiento, y salud.

Este es, pues, el marco teórico y el entorno de aplicación del trabajo que presentamos, con el que pretendemos sumarnos a las líneas de investigación en este campo y poder contribuir, de algún modo, aportando resultados útiles en el área de estudio del apoyo social y en el marco de la enfermedad crónica y de la Psico-Oncología en particular.

INTRODUCCION



1. CONCEPTO DE APOYO SOCIAL

1.1. DEFINICIONES DE APOYO SOCIAL

Que las personas obtienen sustento y apoyo de su entorno ha sido admitido de forma intuitiva y como algo obvio a lo largo de los años, pero ha sido en los últimos 20 años cuando se ha suscitado un creciente interés sobre este tema. Sin embargo, a pesar del espectacular aumento de trabajos en el área de apoyo social, la literatura más reciente sigue referenciando la falta de uniformidad respecto a su definición y conceptualización (Burlison et al; 1994, De Ridder y Schreus, 1996; Barrón, 1996; Krhisnasamy, 1996). Se ha sugerido que existen tantas definiciones de apoyo social como investigadores interesados en el tema (Wood, 1984), y aún hoy en día, la diversidad conceptual y metodológica sigue caracterizando los trabajos llevados a cabo en este área.

Una breve revisión de los antecedentes en este tema revela el interés general, generado desde las diferentes disciplinas preocupadas por el estudio del apoyo social (Epidemiología, Sociología, Psicología, Gerontología, Educación para la Salud, entre otras). Durkheim (1951), en su clásico estudio, mostró cómo el debilitamiento de los lazos sociales se relaciona con el suicidio. Siguiendo esta perspectiva sociológica Myers y cols. (1975) consideran el apoyo social como una cuestión de centralidad social frente a la marginalidad, de forma que las personas no integradas se dice que son marginadas, o sea sin apoyo. En ésta línea, otros autores sugieren que el apoyo social se fundamenta en la mera presencia de otras personas (Bovard; 1959).

Durante los años 70, y desde una perspectiva Psicológica otros autores, como Moos (1973), se centran en la dimensión emocional y el sentimiento subjetivo de apoyo, o la de Lin y cols. (1979), quienes definen el apoyo social en términos de *lo que es accesible a un sujeto a través de lazos sociales de otros individuos, grupos y de la comunidad*. Aunque son Cassel (1974; 1976) Caplan (1974, 1977) y Coob (1976) los autores que frecuentemente se consideran como los fundadores de las investigaciones sobre apoyo social. Sus trabajos enfatizaban la importancia de los recursos que ofrecen las relaciones sociales para el bienestar de los individuos, y demostraban asociaciones entre problemas psicológicos y

psiquiátricos con factores como status marital, movilidad geográfica y desintegración social, en el sentido de que tales problemas se acompañaban de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados. Entre las aportaciones más significativas de éstos autores cabe mencionar en primer lugar a Cassel, (1974) quién señaló que el apoyo social es ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. En segundo lugar, a Caplan (1974), de quién se destaca haber mencionado por primera vez, las funciones del apoyo social caracterizándolas por el aporte a un individuo de información y guía cognitiva, recursos tangibles y apoyo emocional que le permiten manejar emocionalmente un evento estresante. Éste autor además subraya que el apoyo social procede de personas significantes para el sujeto, es decir, aquéllas con quiénes se mantienen buenas relaciones en los distintos contextos sociales. Finalmente, son relevantes las sugerencias de Coob (1976) acerca de que los beneficios del apoyo social se derivan de la información que se ofrece a los individuos respecto de que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

Esta inauguración conceptual y metodológica del tema del apoyo social derivó en la proliferación de numerosos estudios que se desarrollaron en décadas posteriores con el objetivo de establecer distintas relaciones entre salud y mantenimiento de relaciones sociales, así como de concretar y operativizar el concepto de apoyo social. Una característica común de las definiciones que se citan durante éste periodo es su remarcado interés en la naturaleza interactiva y social del apoyo. Entre ellas, la de Thoits (1982, 1985,) que propone como definición de apoyo social el grado en que las necesidades sociales básicas (afiliación, afecto, identidad, seguridad, y aprobación) de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Otras como la de House (1981), que al igual que Caplan (1974), se interesa por el tipo de transacciones que tienen lugar en las relaciones de apoyo y las funciones que éstas cumplen; las de carácter emocional (amor, empatía, cariño, confianza), las de ayuda (bienes y servicios), las informativas (dirigidas a solucionar el problema), y las valorativas (feedback sobre la actuación personal). Estas últimas aluden por un lado, a una dimensión objetiva del apoyo social representada por las transacciones reales de ayuda, y por otro lado, a una dimensión subjetiva; las evaluaciones que realiza el sujeto respecto de ésas transacciones. Otra definición es la propuesta por Shumaker y Brownell (1984) que consideran el apoyo social *como un*

intercambio entre, al menos dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o por el receptor de incrementar el bienestar del receptor.

A finales de los años 80, surge una tendencia común hacia una visión más integradora del apoyo social. Así por ejemplo, Hobfoll y Stokes (1988) lo definen como *“aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen al individuo asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada”*. En el mismo sentido, Vaux, (1988) defiende que el apoyo social es *un metaconstructo con tres elementos conceptuales que se relacionan en un proceso dinámico de transacciones entre el sujeto y su ambiente: recursos de la red, conductas de apoyo y evaluaciones de apoyo*. Lin y Ensel (1989) definen el apoyo social como *provisiones instrumentales y/o expresivas, reales, o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos* añadiendo que éstas provisiones se pueden producir tanto en *situaciones cotidianas como de crisis*. De éstas definiciones más recientes, cabe destacar el interés común por aunar los distintos aspectos con los que, hasta el momento, venía relacionándose el concepto de apoyo social: carácter interactivo e interpersonal, existencia de relaciones y redes sociales, transacción de recursos de apoyo, valoración subjetiva del sujeto y de sus necesidades, y sentimientos de integración, aceptación y de sentirse querido o amado.

Como hemos visto, en la literatura se citan un gran número de definiciones sobre apoyo social, inicialmente más imprecisas, pero que se han ido perfilando a través de los años. Realmente respecto del apoyo social, es difícil limitar lo que concierne meramente a definición y aspectos teóricos, de lo que se concluye a través de los trabajos empíricos. En éste área, la investigación y conceptualización se ha desarrollado de forma interdependiente y recíproca. Por un lado, las definiciones de apoyo social han partido de los resultados empíricos encontrados y/o de cómo en particular se había operativizado para medirlo; y por otra, las decisiones sobre la operativización del constructo y de las variables resultado (salud y/o bienestar) han partido de las definiciones de apoyo social. Así, inicialmente, basándose en la explicación de una variable (apoyo social) según sus efectos sobre otra, se definía el apoyo social sin haberse operativizado, o bien a partir de cómo se había operativizado, en particular y con respecto de un determinado trabajo, se definía el constructo de apoyo social. Así, en

algunos trabajos se atribuía un efecto sobre la salud a los recursos que surgen del mantenimiento de las relaciones sociales en sí mismas (Nuckolls y cols., 1972); y en otros, se hacía especial hincapié en la necesidad de cierta calidad e intensidad de esos recursos (Loventhal y Haven, 1968). De tal modo que, ciertas definiciones enfatizaban el objetivo de integración social y de la existencia de relaciones en sí mismas. Otras, se enmarcaban más en una perspectiva de estudio transaccional e interpersonal del tema del apoyo social, acentuando el interés en las funciones de apoyo, y el tipo de valoraciones subjetivas del individuo según sus necesidades. Y por último, estaban las que reflejaban los intentos de integración de las anteriores. Toda ésta explosión conceptual y metodológica se resume en una conceptualización del apoyo social como un metaconstructo, que ha sido investigado a través de distintas disciplinas y orientaciones, generándose así, una gran variedad en cuanto a definición, perspectivas de estudio y métodos de evaluación.

1.2. APOYO SOCIAL: APROXIMACIONES CONCEPTUALES Y PERSPECTIVAS DE ESTUDIO

En este apartado nuestro objetivo será mostrar las distintas perspectivas de estudio que han marcado las investigaciones llevadas a cabo en el área de apoyo social. Estas tres perspectivas; la estructural y sociológica, pasando por orientaciones más psicológicas y funcionalistas hasta la perspectiva interaccional y contextual, han ido surgiendo casi de modo secuencial a lo largo de éstos últimos veinte años. Su orden de aparición y desarrollo resume la trayectoria de investigación llevada a cabo sobre el área de apoyo social y más que concebirlas como perspectivas independientes debemos interpretarlas como el resultado de un continuo, marcado por los trabajos iniciales realizados en éste área hasta los actuales. Los resultados obtenidos a través de las investigaciones llevadas a cabo sobre apoyo social han ido mostrando la complejidad del constructo al que nos enfrentamos. En consecuencia, se han ido delimitando distintas perspectivas de estudio que, desde un enfoque inicial más simplista hasta la complejidad de lo actual, permitieran por un lado, describir y explicar el proceso de apoyo social desde un marco teórico global, y por otro lado, delimitar y operativizar las distintas variables y dimensiones implicadas a la hora de evaluar el constructo que nos ocupa.

1.2.1. Perspectiva Estructural y Sociológica:

Se engloban aquí aquellos trabajos que se ocupan del análisis de las redes sociales y de como la mera existencia de determinadas relaciones sociales y de interconexiones entre los miembros de la red tienen determinados efectos sobre la salud de un individuo o un grupo. Desde esta perspectiva, se asume que tener relaciones sociales es equivalente a tener apoyo. Esta hipótesis, fundamentada en aproximaciones sociológicas, caracterizó sobre todo las investigaciones iniciales que se centraron en la predicción y resultados del apoyo social en función de las características de la red. Sin embargo, como afirman Gracia Fuster et al; (1995) los factores incluidos en la predicción (características de red) no deben confundirse con el fenómeno que se pretende predecir; la funcionalidad el apoyo social y sus efectos.

Desde la perspectiva estructural han sido estudiados dos aspectos fundamentales: la integración y participación social y la estructura de las redes sociales. El primero de ellos se refiere al conjunto de relaciones de un individuo como índice cuantitativo de integración. El segundo se refiere a las relaciones de un individuo grupo o comunidad a partir de las características de la red social. Conceptualmente, la cuestión de si una medida es objetiva o subjetiva no implica necesariamente partir de una perspectiva estructural o funcional, respectivamente. Aunque, en términos generales y desde una perspectiva estructural, la información recogida se basa en medidas objetivas de las características de las redes sociales (número de personas con las que se relaciona, frecuencia de contactos ect.) (Cohen y Syme, 1985, Burlison et al. 1994) y la experiencia o percepción del individuo ocupa un lugar secundario. Por su parte, el estudio del apoyo social desde una perspectiva funcional, está representado mayoritariamente por medidas subjetivas y de autoinforme (Gracia Fuster et al; 1995). Los índices de apoyo social evaluados desde perspectivas estructurales se refieren al número de miembros activos con quiénes un sujeto o grupo se relaciona incluyendo los que provienen tanto de sistemas comunitarios (de prestación económica, asistencial y/o sanitaria denominadas redes formales de apoyo (Turner y Tenhoor, 1978)), cómo los de las llamadas redes informales. Estas últimas engloban todas aquellas relaciones sociales que de forma natural se configuran en el entorno del sujeto, (amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.).

Los estudios llevados a cabo desde ésta perspectiva estructural y sociológica han recibido numerosas críticas:

- La forma de evaluación y las variables implicadas en los trabajos llevados a cabo desde ésta perspectiva varían considerablemente siendo prácticamente imposible llegar a conclusiones precisas acerca de los efectos de las redes (House y Khan, 1985)
- Un creciente número de autores entiende la integración como un concepto subjetivo vinculado a un sentimiento de pertenencia y no como una mera suma de contactos sociales (Wills; 1985; Gracia Fuster et al; 1995)
- Sólo se han encontrado asociaciones débiles de las características de las redes con resultados de salud y con otras variables de adecuación del apoyo o disponibilidad (Sarason et al. 1990; Seeman y Berkman, 1988).
- La evidencia empírica para la utilidad de estas medidas en cuanto a calidad de predicción de las percepciones individuales sobre apoyo es baja (House y Khan, 1985; Antonouci y Israel, 1986; Saranson et al; 1987; Burleson et al.; 1994)
- Pretender que todas las relaciones sociales contribuyen de igual modo al bienestar del individuo es simplificar al cuestión No todos los contactos sociales son beneficiosos, también pueden ser fuentes de conflicto. Así, algunos autores dirigen sus análisis de redes hacia aquellas relaciones “más significativas” lo que supone incorporar aspectos funcionales (Gracia Fuster et al; 1995). Es necesario por tanto, aproximarnos a perspectivas más psicológicas y atender a la calidad y significado de las relaciones y no únicamente a la cantidad y estructura de las mismas. (House y Khan, 1985; Cohen y Syme, 1985, Diaz Veiga; 1987 Burleson et al. 1994).
- En ocasiones, la información “objetiva” (ej. número de relaciones, frecuencia de contactos) desde perspectivas estructurales se recoge preguntándole al sujeto de quien se quiere evaluar el apoyo. En este caso, su información acerca de, por

ejemplo, la frecuencia de sus relaciones o el número de las mismas, puede responder más a su percepción de las mismas que a lo que objetivamente ocurre (Cohen y Syme, 1985).

1.2.2. Perspectiva Funcional y Psicológica:

Frente a la perspectiva estructural, la funcional evalúa si las relaciones interpersonales cumplen determinadas funciones emocionales, de ayuda, e informativas entre otras. Se han incluido valoraciones de esas funciones, en ocasiones en términos más globales y cognitivos, como un sentimiento general de sentirse apoyado, y otras veces, considerando también las distintas formas de apoyo posibles. Inicialmente, el interés se centraba básicamente, en la valoración subjetiva y global del individuo respecto de sentirse apoyado y en cómo la calidad de las relaciones sociales fomentan éstos sentimientos. En éste sentido, se evaluaba más la disponibilidad de apoyo percibida especificándose en mayor o menor medida las personas que podrían apoyarte y/o cómo podrían hacerlo. En éste tipo de evaluaciones el sujeto responde lo que uno cree o espera de los demás, más desde un “sentimiento subjetivo de sentirse apoyado” (Burlison et al, 1994) que desde la experiencia de acciones de apoyo reales ante situaciones específicas. Así pues, desde éste enfoque, se defiende que el apoyo social está influido por variables de personalidad que determinan ese sentimiento subjetivo de apoyo. Incluso se ha llegado a considerar el apoyo social como una variable de personalidad más o menos estable que tiene su origen en las experiencias previas de un sujeto (Saranson et al; 1990). De este tema, aún hoy sometido a debate, nos ocuparemos con más detalle en el apartado de exposición del constructo de apoyo social.

La perspectiva funcional se asienta en las teorías psicológicas que defienden que el proceso de apoyo está mediado por la percepción del sujeto. Se evalúan por tanto, medidas subjetivas de la representación o percepciones individuales del sistema de apoyo de un sujeto, y éstas pueden no estar relacionadas con otras medidas realmente objetivas que parten desde perspectivas estructurales (Cohen y Syme, 1985). Considerando que las relaciones entre apoyo y salud están mediadas por las percepciones y representaciones del sujeto, estas evaluaciones desde perspectivas psicológicas y funcionales serán en

mayor medida predictoras de los resultados de salud (Cohen y Syme, 1985; Barrón, 1996).

Los trabajos realizados en el marco de la aproximación psicológica y funcional han contribuido notablemente a esclarecer los efectos del apoyo social sobre la salud. En la actualidad, uno de los objetivos que caracteriza el estudio de las funciones del apoyo social, es evaluar independientemente cada una de las funciones de apoyo con el objetivo último de identificar qué efectos diferenciales sobre la salud tienen cada una de ellas a través de las distintas situaciones y grupos de población. Sin embargo, para conseguir este objetivo se precisan evaluaciones de apoyo que aborden en detalle las situaciones y el contexto específico en que éste se da. Esto último se enmarca entre las limitaciones que quedan aún por resolver en el estudio del apoyo social:

- La multifuncionalidad del apoyo y sus efectos diferenciales sobre la salud es, aun hoy en día, objeto de debate. (Veiel, 1990; Revenson; 1992; Saranson et al; 1994; Vázquez-Morejón et al. 1997)
- Las relaciones en sí mismas no son directamente relaciones de apoyo, sino más bien lo son las acciones específicas que forman parte de esas relaciones. La aproximación psicológica, que se centra básicamente en una representación mental del sistema de apoyo evaluando lo que uno cree acerca del apoyo disponible, no refleja los detalles de las acciones de apoyo reales o de la experiencia de apoyo ante determinadas situaciones y contextos específicos. (Gottlieb, 1985, Burleson et al.; 1994)

1.2.3 Perspectiva Interaccional Contextual:

La perspectiva Interactiva Contextual parte de la funcionalidad del apoyo social para analizar el proceso de apoyo como interacciones o intercambios en el marco de las relaciones sociales y del contexto en qué estas ocurren. El énfasis aquí se centra sobre todo en el análisis e interpretación de las diversas formas de apoyo que se dan ante una situación específica experimentada por un sujeto.

Diversos investigadores han llamado la atención sobre la necesidad de considerar otra serie de variables o factores implicadas en el proceso de apoyo social. Así House (1981, Cit en Gracia Fuster; 1995) propone que la recepción o provisión de apoyo social puede ser facilitada o inhibida en función de determinadas características individuales, de las relaciones establecidas, y de las condiciones sociales y culturales. Otros autores subrayan la importancia de considerar las características de quien recibe y provee el apoyo, del estresor, y del entorno, como aspectos relevantes en el estudio del apoyo social (Shinn et al; 1984; Dunkel-Schetter et al; 1987; Eckenrode y Wethington, 1990; Cit en Gracia Fuster; 1995). Por su parte, Cohen y Syme, (1985) consideran que un adecuado modelo predictivo de las relaciones entre apoyo social y salud debe prestar atención a las necesidades o deseos individuales por determinadas formas de apoyo; así como, a los contextos sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, dado, y recibido. En este sentido, los autores refieren determinadas cuestiones implicadas en el proceso de apoyo social que podrían resumirse en las siguientes (Cohen y Syme, 1985; Barrón, 1996):

- Características de los participantes, ya que una determinada forma de apoyo puede ser efectiva o no en función de que proceda de uno u otro proveedor (Ej ; información sobre la enfermedad por parte de los profesionales de la salud)
- Momento adecuado y tipos de apoyo específicos en función de la situación estresante y de las distintas fases de la misma, así como de los recursos de afrontamiento del sujeto y de sus necesidades particulares.
- Cambios y duración del apoyo a corto y a largo plazo (ej. enfermedades crónicas)

El estudio del apoyo social desde perspectivas contextuales e interactivas cobra especial interés en ésta última década. De modo que, las actuales líneas de investigación se centran en el apoyo social como un proceso dinámico condicionado por determinadas variables contextuales que influyen en la eficacia de las diferentes acciones de apoyo que se ofrecen (Vaux; 1990; Cutrona y Russell; 1990; Saranson et al; 1994; Burlison et al; 1994). En ésta línea Vaux (1990) propone que las conductas de apoyo, las valoraciones subjetivas de éstas conductas y de los recursos en general, no son propiedades estáticas del sujeto o del

entorno, sino que reflejan las transacciones dinámicas del sujeto con su entorno. Simultáneamente, Cutrona y Russell (1990) propone tres pilares básicos para el estudio de los procesos de apoyo, el sujeto, el ambiente, y las relaciones entre persona-ambiente. Además, establecen relaciones entre los tipos de apoyo que pueden ser más eficaces en función de una serie de dimensiones de los eventos estresantes: controlabilidad, duración, y área a la que afecta el estresor. Así, ante eventos incontrolables, el apoyo emocional será el más eficaz, mientras que ante eventos controlables lo será el apoyo que fomente la búsqueda de soluciones (material, informacional). Respecto de la duración del evento estresante, cuánto más se prolongue, mayor importancia cobrará el apoyo emocional. Finalmente, respecto de las áreas afectadas, por ejemplo, el apoyo material será efectivo cuando los recursos del sujeto se ven mermados por el estresor, o el apoyo a la autoestima cuando el estresor afecta a los logros personales. Estos planteamientos no se contradicen con la multidimensionalidad de los eventos estresantes y con la multiplicidad de formas de apoyo que son requeridas para cada uno de ellos. Ni tampoco con el hecho de que algunos aspectos del apoyo puedan ser útiles para casi todos los estresores (Cutrona y Russell, 1990)

Finalmente, desde ésta perspectiva, se ha ido profundizando en los distintos modos de abordar la complejidad del proceso de dar y recibir apoyo analizando en detalle cada uno de los aspectos implicados. Saranson et al; (1994) enlazan sus propuestas iniciales respecto del apoyo social y su relación con variables de personalidad, enmarcándolas en ésta nueva perspectiva contextual. De ésta, subrayan sobre todo la característica interactiva del apoyo social. Para ellos, la conceptualización del apoyo social requiere especificar la situación en la que ocurre el apoyo, cómo éste es interpretado, y cuál es la relación establecida entre proveedor y receptor. Delimitan así, el análisis del contexto situacional, intrapersonal, e interpersonal. Respecto del primero de ellos, resaltan la necesidad de definir la situación en la que es requerido el apoyo (pérdida de trabajo, enfermedad crónica, ect) Consideran que se necesita ampliar el estudio del apoyo social a un amplio rango de situaciones, puesto que la experiencia de apoyo, también se consolida desde lo vivenciado a través de situaciones traumáticas. La naturaleza del estresor es un determinante situacional importante en el marco del apoyo social. Su carácter crónico o episódico puede afectar diferencialmente al proceso de apoyo y al tipo de respuestas de apoyo. Los estresores agudos o episódicos pueden requerir respuestas de apoyo que se limitan en el tiempo o en un periodo determinado y las

redes de apoyo inicialmente se movilizan activamente para ayudar o apoyar de algún modo durante un periodo determinado. Cuando el estresor es crónico se presentan problemas a largo plazo que precisan de una continua movilización de esas redes de apoyo, y es posible que éstas situaciones agoten el apoyo disponible (Gracia Fuster, 1995). Por lo tanto, es importante examinar los sucesos vitales estresantes y sus características como variable contextual implicada en los procesos de apoyo.

En segundo lugar y centrándose en lo intrapersonal, Saranson et al; (1994) destacan lo importante que es esclarecer el tipo de interpretaciones que un sujeto hace de las acciones de apoyo que le ofrecen, y si éstas se relacionan con sus percepciones acerca de sí mismo, de la naturaleza de su relación con otros y de determinadas variables de personalidad. En opinión de algunos autores si el sentimiento de apoyo social es visto respecto de una situación específica, lo más importante es examinar el contexto específico de la relación (Cutrona y Shur, 1992; Dunkel-Schetter y Bennet, 1990). Es decir, los resultados de no sentirse apoyado en una situación estresante vital, a pesar de que los recursos de apoyo y las acciones de apoyo estén disponibles, puede explicarse en parte por variables estables de personalidad o percepción de uno mismo (autoestima) y de sus relaciones. Pero también, intervienen otro tipo de variables como el tipo de relación previa establecida con otros (conflictiva/gratificante), o el desequilibrio entre el apoyo prestado y el deseado. La combinación de todas ellas, variables intrapersonales e interpersonales dan cuenta de la percepción de apoyo de un sujeto. Después de todo, lo que resulta primordial es cambiar el proceso de apoyo, y quizá es más fácil intervenir sobre las acciones específicas de los proveedores de apoyo para provocar el cambio en la percepción de los mensajes, de la relación, y en consecuencia de sí mismo, y de la percepción de sentirse apoyado, sobre todo si nos referimos a un periodo determinado que cursa con la vivencia de un evento estresante.

Respecto del contexto interpersonal, Saranson et al; (1994), señala la importancia de atender la cantidad y la calidad de cada una de las relaciones de apoyo que se mantienen con otros miembros de la red social. Un aspecto relevante en este sentido, es la sensibilidad del proveedor para detectar las necesidades específicas de apoyo, pues, la calidad de las relaciones de apoyo estará medida por el grado de adecuación entre necesidades de apoyo y apoyo provisto. Determinadas características del tipo de relación establecida entre receptor y

proveedor favorecen la adecuación y la satisfacción con el apoyo pues permiten con mayor precisión conocer las necesidades del receptor. Así, los niveles de intimidad de la relación se ha asociado con la recepción y satisfacción con el apoyo social (Hays y Oxley; 1986; Hobfoll. Et al, 1986, Hobfoll y Lerman; 1988). Una interacción íntima implica sentimientos de afecto y aceptación que son fundamentales en la experiencia de apoyo, tanto emocional como de otro tipo. La información, el consejo y la orientación, por ejemplo, son aceptados con mayor facilidad en el marco de una relación de confianza dónde subyace la creencia acerca de que la otra persona comprende las propias necesidades. Frente a la característica de intimidad, la presencia del conflicto en la relación también afecta a la percepción de las acciones de apoyo que se ofrecen y éstas pueden perder sus propiedades positivas.(Gracia Fuster; 1995). Entonces, la percepción de apoyo social puede entenderse como una experiencia interpersonal que ocurre en el contexto de determinadas relaciones y situaciones específicas.

Por último, cabe mencionar que bajo este marco de estudio contextual e interactivo se ha demostrado un creciente interés por estudiar en detalle el apoyo social como proceso de comunicación en sí mismo, y en particular, profundizando en las características específicas de los mensajes de apoyo. Se trata de esclarecer el impacto de determinados mensajes de apoyo en función de determinadas variables: componentes verbales y no verbales, sofisticación y elaboración de los mensajes, y contenidos de los mismos (Burlison et al, 1994). Se han especificado diferentes categorías respecto de los contenidos de los mensajes que eran percibidos por los sujetos como mensajes de apoyo, así como escalas de evaluación de los mensajes. Por ejemplo, en el caso del apoyo emocional se especifican las siguientes categorías de los mensajes: expresar amor, entendimiento y preocupación, incluir en actividades sociales, escuchar, estar ahí (presencia) ect.. Las escalas de evaluación están graduadas en tres niveles respecto de mensajes de más o menos de apoyo. En función de si un mensaje de apoyo expresa mayor conocimiento de los sentimientos y expectativas del receptor de apoyo, mayor legitimidad del mensaje y mayor elaboración se clasifican en: mensajes que niegan explícita o implícitamente los sentimientos de otro (nivel más bajo), los que reconocen implícitamente los sentimientos del otro (nivel intermedio) y los que los reconocen explícitamente (nivel más elevado). Éstos últimos suelen proyectar un grado mayor de implicación con el problema de otros, y se centran más en los sentimientos describiéndolos y explicando las situaciones que los producen. En consecuencia, éstos

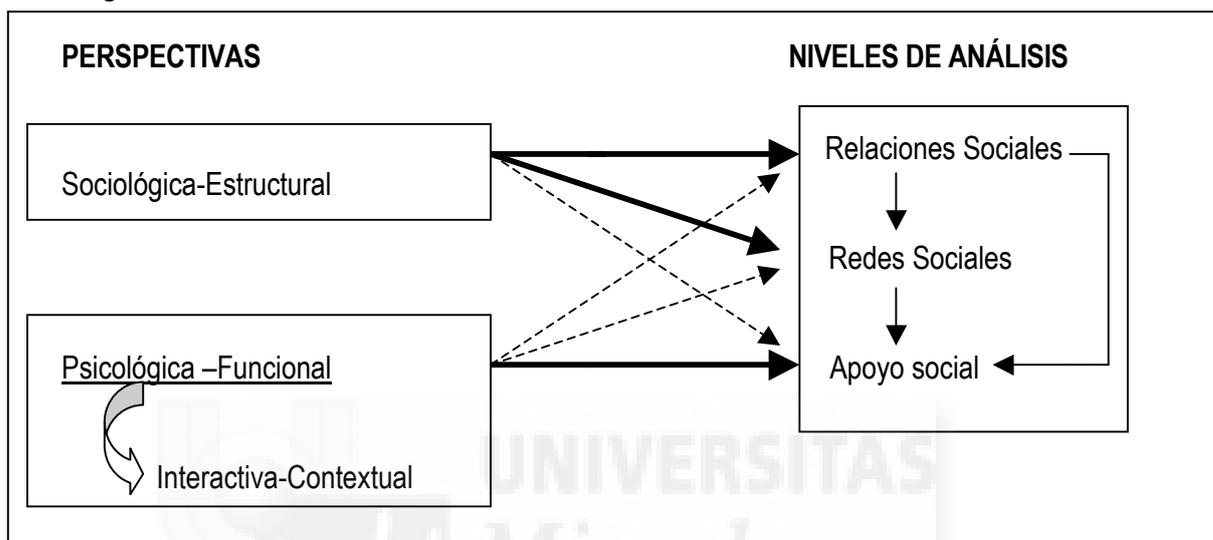
mensajes son más aceptados por los sujetos que se encuentran ante una situación estresante, debido a sus características específicas son percibidos como mensajes de apoyo, y además, dicha percepción no varía en función de diferencias individuales o a través de distintas situaciones (Burleson et al; 1994).

En resumen, las líneas de investigación actuales se dirigen hacia el estudio del proceso de apoyo social y de las variables implicadas en el mismo, cómo éstas son interpretadas y percibidas por el sujeto, y cuáles son sus efectos sobre el bienestar y la salud. El interés actual es identificar cómo las distintas formas y mensajes de apoyo afectan a las evaluaciones e interpretación de un acontecimiento como estresante, sobre las distintas formas de afrontamiento del mismo, y en los resultados sobre salud y bienestar. Para ello, el modelo transaccional sobre estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1986) en el que el apoyo social, la ayuda y el consejo pueden también ser considerados como recursos de afrontamiento, sirve como punto de referencia en el estudio del proceso de apoyo social (De Ridder y Schereus, 1996)

En nuestro próximo apartado nos ocuparemos de la descripción de las dimensiones y variables que han venido adscribiéndose al concepto y evaluación del apoyo social. Pretendemos con ello, mostrar un resumen global del constructo de apoyo social representado por tres niveles de análisis: relaciones sociales, redes sociales y apoyo social. En términos generales, los dos primeros niveles (relaciones sociales y redes sociales) se corresponderían con una perspectiva de corte más estructural, mientras que el apoyo social lo haría con una perspectiva más funcional y contextual. Sin embargo, en la práctica, tal y como veremos a continuación, dicha correspondencia no está tan clara. De tal modo que la relación entre perspectivas de estudio y niveles de análisis responde más a una visión interactiva de éstos dos aspectos que a una clasificación exhaustiva de la pertenencia de uno u otro nivel a cada una de las perspectivas de estudio expuestas. Como aclaración, la relación entre perspectivas de estudio y niveles de análisis podría representarse, tal y como se ve en el Diagrama 1. En él se establecen direcciones más directas entre perspectivas y niveles de análisis representadas por las flechas de trazo más grueso, aunque éstas nos son exclusivas, tal y como representan las flechas de trazo discontinuo. Sin embargo, por motivos

didácticos, ambos aspectos, perspectivas y niveles de análisis, se han expuesto separadamente en éste capítulo. En el siguiente apartado mostraremos un resumen del constructo de apoyo social delimitando cada nivel de análisis y las variables que los constituyen en el marco de cada una de las perspectivas de estudio presentadas.

Diagrama 1



1.3. APOYO SOCIAL: NIVELES DE ANALISIS

Como hemos visto, el término "*apoyo social*" resulta complejo. Se han venido utilizando definiciones muy variadas, desde perspectivas tanto estructurales y sociológicas, como psicológicas y funcionales, con las que el término "*apoyo social*" se identificaba indistintamente. Autores como Broadhead y cols. (1983), Cohen y McKay (1984), House y Kahn (1985), Wortman y Conway (1984), entre otros, ya pusieron de manifiesto las deficiencias conceptuales y técnicas que acompañaban a las investigaciones iniciales realizadas sobre este tema. Pero, aún actualmente, no se cuenta con una definición comúnmente aceptada ni con una cantidad de variables determinadas para su evaluación.

El término apoyo social sigue apareciendo vinculado a diferentes aspectos de las relaciones sociales, tales como cantidad y existencia de dichas relaciones, estructura y propiedades de las mismas, y funciones que cumplen. Además, se refiere tanto a los recursos que se le proporcionan al individuo desde centros institucionales (servicios, instalaciones comunitarias, prestaciones económicas...), como a los que surgen de las relaciones sociales (Rodríguez-Marín, 1992). Todos éstos aspectos ponen de manifiesto la complejidad del constructo de apoyo social, los diferentes conceptos que abarca y las distintas variables en que se ha operativizado. Distintos autores (Gottlieb, 1981; Cohen y cols. 1985; House y Khan, 1985) coinciden en delimitar tres niveles de análisis en la conceptualización del "*apoyo social*": desde la integración y la participación social, desde las características estructurales específicas de una red social, y desde el contenido y las funciones que cumplen las relaciones sociales. House y Khan (1985) proponen organizar éste constructo tal y cómo se presenta en el Diagrama 2. De modo que, el apoyo social puede operacionalizarse mediante el análisis de las relaciones sociales, de las características que subyacen en la red social o de las funciones que ese apoyo posee para el individuo

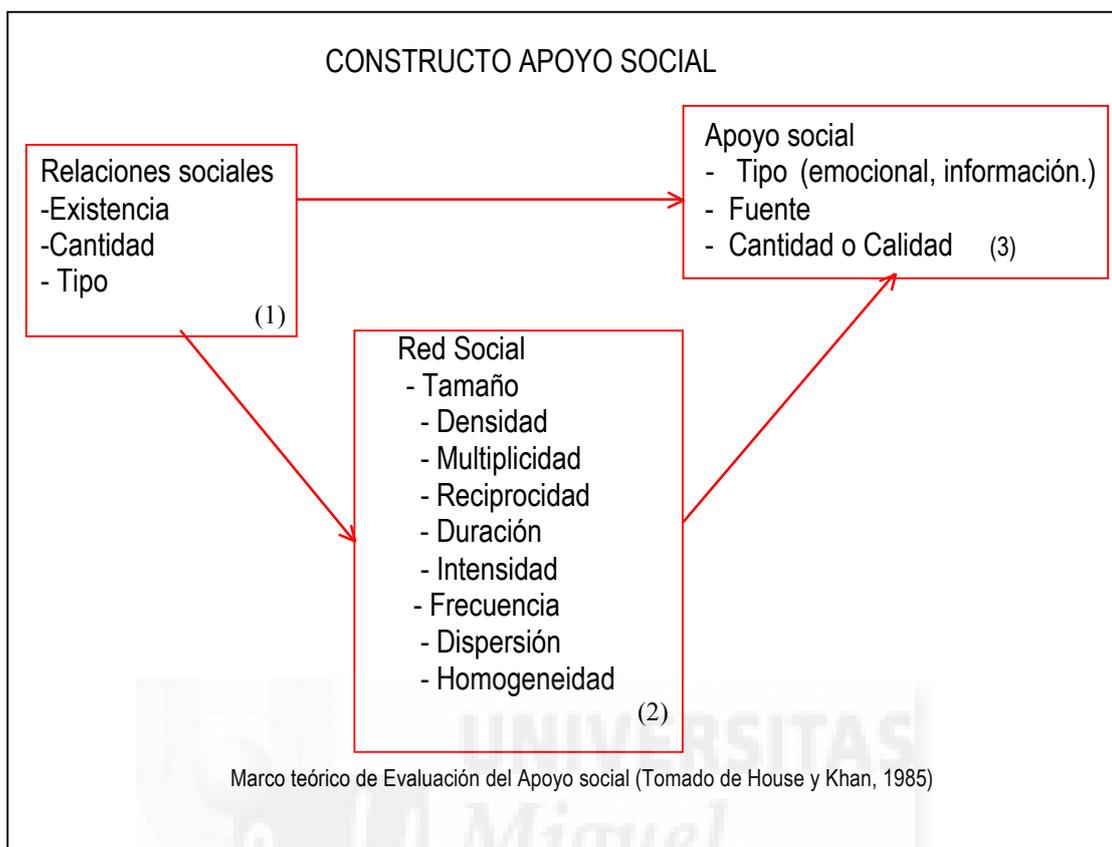
Las relaciones sociales, las redes sociales y el apoyo social componen el amplio espectro de estudio del constructo de apoyo social. Éstos tres aspectos pueden ser entendidos como distintos niveles de análisis interdependientes, de tal modo que, de cada nivel superior emergen las relaciones de nivel inferior (House y Khan, 1985, Díaz Veiga, 1987;

Barrón, 1996). Las relaciones sociales (nivel 1) son analizadas con mayor detalle atendiendo a las características y estructura de la red social (nivel 2), o a la calidad y funcionalidad de dichas relaciones (nivel 3), o bien, a ambas cosas.

Si bien éstos tres niveles de análisis están estrechamente relacionados no son equivalentes. Así, por ejemplo la existencia de relaciones sociales frecuentemente se ha identificado con la existencia de apoyo. Sin embargo, las relaciones sociales no implican en sí mismas la provisión de apoyo. Estas constituyen un primer nivel necesario pero no suficiente, para que los procesos de apoyo tengan lugar (Musitu y Herrero, 1993). Diversos estudios han puesto de manifiesto que es la calidad de las relaciones, y en particular, la percepción del apoyo que ofrecen, lo que explica sus efectos sobre la salud (Gracia y Musitu, 1990). Del mismo modo términos como apoyo social y redes sociales se utilizan indistintamente, aunque no son sinónimos (Laireter y Baumann, 1992). Las redes sociales describen las interacciones sociales mantenidas por un sujeto o una comunidad en función de una serie de características estructurales. Por su parte, el término apoyo social incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual (Diaz Veiga, 1987). Es decir, el diseño de la red social representa el soporte a través del cuál el apoyo podría ser accesible al sujeto mientras que, el término apoyo social atiende al contenido de las relaciones sociales describiendo las funciones de apoyo específicas de una red y las consecuencias positivas que de ellas se derivan (Diaz Vega; 1987; Gracia Fuster et al, 1995)

Una vez hemos explicado cómo se relacionan estos tres aspectos del constructo de apoyo social y las razones por las que no podemos considerarlos idénticos, desde este marco conceptual describiremos con más detalle cada uno de estos tres niveles y su relación con determinadas variables de estudio.

Diagrama 2.



1.3.1. RELACIONES SOCIALES:

En éste primer nivel de análisis se considera que el apoyo social depende del grado de integración y participación. Por integración social se entiende la “participación e implicación de una persona en la vida social de la comunidad o de la sociedad” (Laireiter y Baumann, 1988). Desde aquí, el constructo de apoyo social se ha utilizado para referirse con mayor frecuencia a la **cantidad** y **existencia** de las relaciones sociales (House y Khan, 1985, Díaz Veiga, 1987, Barrón, 1996). Se toman como medidas de evaluación, el estar casado o no, vivir sólo, formar parte de alguna organización, asociaciones, clubes ect.. De este modo, se evalúa el apoyo social atendiendo al grado de implicación del sujeto en determinados roles o contextos sociales. De la existencia de relaciones sociales y del concepto de integración, lo importante es que son un requisito imprescindible para analizar la estructura y consecuencias de esas relaciones (Laireiter y Baumann, 1992).

Cierta información acerca de la **existencia** y **cantidad** de relaciones la podemos obtener fácilmente y suele ser relativamente objetiva y estable. Podemos saber si un sujeto está casado, vive sólo o pertenece a alguna organización a través de documentos que lo acrediten, referencias de otros, o del propio sujeto. De igual modo, un individuo nos puede informar del número o de relaciones que mantiene con amigos, familiares ect., y de la frecuencia de éstas. Éste tipo de información puede ser menos precisa o estable en el tiempo que la que nos proporciona el rol o roles que desempeña un sujeto. La frecuencia y el número de relaciones con otros (amigos, familiares ect..) es más probable que fluctúen en el tiempo. Así, cuánto mayor sea el número de relaciones mayor será el grado de integración/participación (Berkman y Syme;1979) y por tanto, aparentemente, mayores posibilidades de disponer de apoyo. Pero, tal y como ya hemos comentado previamente, conocer su existencia no aclara el grado en que éstas son o no proveedoras de apoyo, ni finalmente, los efectos que sobre el sujeto tiene el mantenimiento de esas relaciones sociales.

House y Khan (1985) incluyen en éste primer nivel de análisis el término "**tipo**" (ver diagrama 2). Esta variable se refiere al tipo de relación que el sujeto establece con otros en términos del rol que desempeña (amigo, vecino, compañero, marido ect..). Aunque esta variable no es descrita explícitamente por los autores en éstos términos, se concreta a través de la evaluación de la **cantidad** y **existencia** de relaciones. También se alude en éste primer nivel de análisis a la evaluación de la **frecuencia** de contacto (citada en el nivel de redes sociales) y coinciden con Diaz Veiga (1987) en considerarla, junto con la cantidad y la existencia, como un indicador de los más utilizados en el marco de las relaciones sociales.

El análisis de las relaciones sociales también atiende a la existencia de organizaciones e instituciones disponibles para el sujeto y a la participación del sujeto en los recursos de su comunidad. En este sentido, las prestaciones económicas, asistenciales y/o sanitarias, entre otras, pueden considerarse igualmente intervenciones proveedoras de apoyo que proceden de lo que se ha venido definiendo cómo "sistemas formales de apoyo". Éstos serían otro tipo de recursos del entorno diferentes de las relaciones espontáneas, primarias o informales, que surgen de forma natural (familia, amigos, compañeros de

trabajo ect..). Por ésta razón, algunos autores han considerado este primer nivel en términos de “análisis comunitario” (Gracia Fuster y cols, 1995; Barrón, 1996).

La cantidad y existencia de relaciones de un sujeto pueden ser examinadas con mayor detalle, situándonos entonces, en el segundo nivel de análisis, del que nos ocuparemos a continuación.

1.3.2. REDES SOCIALES.

El término red social se refiere al conjunto de relaciones entre miembros de un grupo o colectivo así como a la descripción de los vínculos establecidos entre los componentes de ella. El análisis de dichos vínculos estaría encaminado a la obtención de distintos patrones estructurales que pudiesen explicar diferencialmente sus efectos sobre la salud y el bienestar de los sujetos. Estudiar la red social supone conocer el marco estructural dónde se desarrollan las distintas funciones y contenidos de la relación entre individuos. Una de esas funciones de relación será la de *“apoyo social”*, entendiéndolo como facilitador del bienestar y ajuste psicológico del individuo. Pero también, las hay que no cumplen la función de apoyo, que son conflictivas, o que tienen consecuencias negativas para el sujeto (Suls, 1982; Diaz Veiga, 1987). Además, algunos miembros de la red pueden cumplir una función de apoyo ante situaciones específicas y no en otras. Por lo que, identificar la red obviando referencias expresas a ciertas situaciones podría excluir a personas de cierta relevancia para el sujeto (O'Really, 1988). Analizar las características de la red social de un sujeto es interesante en cuánto que permite conocer de forma exhaustiva su entorno. Sin embargo, las relaciones entre determinadas características estructurales de las redes sociales con índices de salud, o con otras variables de percepción o adecuación de apoyo son débiles o inconsistentes (Seeman y Berkamn; 1988; Sarason et al; 1990; Gracia Fuster y cols, 1995). Por esta razón, insistimos, no es posible identificar el término red social con el de *“apoyo social”*: bajo este concepto se agrupan aquellas funciones de relación que son beneficiosas y proveedoras de apoyo (Diaz Veiga, 1987).

La existencia de relaciones sociales (primer nivel de análisis) se analizan en este segundo nivel describiendo sus características y propiedades. El tipo de variables que con mayor

frecuencia se incluyen son: el **tamaño de la red**; la **densidad**, la **homogeneidad**, o la **reciprocidad** (Bloom, 1982; House y Khan, 1985; Díaz Veiga, 1987; Gracia Fuster y cols; 1995; Barrón, 1996). El tamaño de la red ha sido una de las características que con mayor frecuencia se ha estudiado, aunque difiere en gran medida respecto de su definición operativa. Algunos autores dudan de que una medida global de tamaño deba correlacionar con otros índices de ajuste del sujeto (Lareiter y Baunmann, 1992). En general, la información sobre el tamaño de la red resulta insuficiente para evaluar la importancia de la misma en el ajuste del sujeto. Sin embargo, cuando la red se define en términos de personas de confianza predicen mejor el ajuste (Gracia Fuster y cols, 1995). Por ello, en ocasiones, el estudio del tamaño de la red se ha restringido a un número de personas que son importantes para un individuo, coincidiendo más con el estudio de los lazos sociales de apoyo de un sujeto que con el de los disponibles. Esto supone cierta confusión entre lo que se conceptualiza como red social frente a red de apoyo.

Otra de las variables que ha recibido abundante atención en la literatura ha sido la **densidad**. Ésta se refiere al número de interconexiones de todos los miembros y se operativiza en términos de *la proporción entre los lazos posibles y los existentes entre los miembros de la red* (Hirsch et al, 1990). En general, las redes más densas suelen ser las más pequeñas. Distintos autores asumen que la densidad contribuye al ajuste del sujeto en función de determinadas circunstancias: status socioeconómico (Fisher, 1977), presencia de “clusters” (marcadas interconexiones entre grupos de miembros en comparación con el resto) que aportan un sentimiento de comunidad (Kadushin; 1988), los límites o grado de interconexiones entre los distintos subgrupos dentro de la red (familia y amigos) (McLahan et al, 1981)

La **homogeneidad** se entiende como similitud respecto a actitudes, experiencias o valores de quiénes componen la red. Este concepto surge al observar la frecuencia e intensidad de las interacciones sociales. Las personas con estilos de vida similares tienden a congregarse en entornos, o de modo inverso, las frecuentes interacciones provocan actitudes y estilos de vida compartidos (Gracia Fuster y cols, 1995). Estas características reflejan las consecuencias de la influencia mutua entre sujetos y resulta un índice relevante para entender los efectos de la red social sobre el bienestar del sujeto. En este

sentido, fomentar los contactos entre sujetos que han sufrido situaciones similares puede tener efectos beneficiosos, a través del intercambio de experiencias, de expresión empática y de “feedback”. Éste es uno de los objetivos de las asociaciones de autoayuda: dirigidas a fomentar los lazos sociales entre quienes sufren experiencias similares, como enfermedades crónicas o adicciones, entre otras.

De las variables de la red social que con mayor frecuencia se citan en la literatura queda mencionar la **reciprocidad**. Define el intercambio equitativo entre los miembros de la red y se refiere a la bidireccionalidad de la relación. Sin embargo, la mera enumeración de intercambios puede no recoger de un modo preciso el concepto de reciprocidad (Gracia Fuster y cols, 1995). Constituye un error equiparar la reciprocidad con el popular “toma y daca” cuando en algunos casos el intercambio refleja una norma de responsabilidad mutua y en un determinado momento reflejan poca o nula reciprocidad. Situaciones de cuidado de un anciano o un enfermo suponen una situación distinta y específica limitada en el tiempo. Ésta no reflejaría estrictamente el concepto de reciprocidad entendida como un equilibrio en el intercambio de recursos en términos generales.

La **dispersión geográfica** se define como la proximidad física entre miembros de la red y se evalúa, por ejemplo, a través de las distancias entre los domicilios de éstos. Los grupos de procedencia socio-económica baja mantenían amigos geográficamente más próximos (Yancey, 1971). La dispersión geográfica se ha relacionado con la satisfacción en el lugar de residencia en estudiantes (Wilcox, 1977) y con bajos niveles de depresión (Holhan y Wilcox, 1997). En el caso de la **multiplicidad**, ésta variable presta atención al tipo de relaciones que cumplen más de una función o tipo de actividad (House y Khan; 1985 Diaz Veiga, 1987; Gracia Fuster y cols, 1995). La definición de ésta variable acentúa las funciones o los contenidos de las relaciones sociales, pudiendo por tanto, enmarcarse igualmente en el tercer nivel de análisis, el que comúnmente se asocia con el término apoyo social. Diaz Veiga (1987) y Gracia Fuster y cols. (1995) coinciden con House y Khan (1985) en cuanto a la mayoría de variables recogidas en éste nivel de análisis (ver Diagrama 2) y diferencian dos categorías. La primera de ellas se refiere a dimensiones estructurales e incluye: el tamaño de la red, la densidad, y la dispersión geográfica. La segunda categoría está referida a las características de las interacciones: la

homogeneidad, la reciprocidad, la multiplicidad, y una serie de variables temporales (frecuencia, duración, antigüedad y tiempo invertido en el contacto). En general éste tipo de variables no aportan demasiado a la comprensión de la naturaleza de la red ni al apoyo que se deriva de las relaciones que la componen (Gracia Fuster y cols, 1995). Otra variable no incluida en éstas categorías es la **intensidad**, entendida bien cómo contacto directo porque por ejemplo, se convive o se pasa mucho tiempo con determinada persona, o bien como cercanía emocional o intimidad. En éste último caso, la intensidad podría ser también una característica que enfatiza el contenido funcional de las relaciones sociales y podría adscribirse al tercer nivel de análisis; el del apoyo social (House y Khan, 1985; Bloom, 1982)

Tal y como hemos visto, el concepto de red social presenta cierta heterogeneidad en cuánto a las variables que se adscriben desde éste marco. Muchas veces las prioridades, el interés del investigador, o los objetivos del estudio marcan el tipo de variables que se seleccionan. Por otro lado, la interconexión entre este nivel de análisis y el siguiente, ha propiciado que una vez que dichas variables se han operativizado, determinar conceptualmente desde qué nivel de análisis estamos investigando resulte difícil. Resulta mucho más frecuente que, en la práctica, las variables elegidas para el estudio o el modo en qué se han operativizado reflejen diferentes aspectos de cada uno de los niveles de análisis. Una alternativa que permitiría la clarificación conceptual y metodológica del constructo de apoyo social sería explicar detalladamente los niveles de análisis de los que se parte en cada uno de los estudios, así como, a lo que nos estamos refiriendo operativamente con cada término o variable empleada.

Hasta aquí, el nivel de análisis presentado nos permite describir los vínculos sociales con los que cuenta un individuo, así como los distintos patrones de interacción que el sujeto establece con otros. El marco estructural de la red, por un lado, deriva de la existencia de relaciones, y por otro lado, da cuenta del entramado a través del cual fluyen los contenidos y las funciones que cumplen dichas relaciones. Los dos primeros niveles de análisis presentados (relaciones y redes sociales) son conceptualizados cómo más estructuralistas dentro del constructo de apoyo social, frente al tercer nivel de corte más funcionalista. Aunque en cada nivel de análisis predomina una ú otra perspectiva, implícitamente ambas

coexisten y son interdependientes. A continuación, presentaremos el tercer nivel de análisis en el que el estudio del contenido de las relaciones sociales cobra especial relevancia.

1.3.3. APOYO SOCIAL

Desde este tercer nivel de análisis, el término "*apoyo social*" alude a las funciones que cumplen las relaciones sociales y a cómo éstas ejercen determinados efectos sobre la salud y el bienestar de los sujetos. En contraposición al estudio de la mera existencia de relaciones o de las propiedades de la red social, en este nivel de análisis, comúnmente identificado con el término apoyo social, se ha profundizado en la evaluación del contenido o funciones que cumplen las relaciones sociales, y en los aspectos cualitativos del apoyo. Es decir, se contemplan las consecuencias positivas que tiene para el individuo el mantenimiento de las relaciones sociales incluyendo el análisis del contenido de las mismas. Desde esa diversidad, se proponen una serie de variables a tener en cuenta en la evaluación del "*apoyo social*": la procedencia del apoyo (miembros de la familia, amigos etc.) (Corveth y Gottlieb, 1979), tipo y cantidad de apoyo (Moos y Michel, 1982), y la percepción de apoyo (Thoits, 1982; Word, 1985); entre otras. Esta última hace referencia al grado en que el sujeto percibe la existencia de suficientes y adecuadas relaciones proveedoras de apoyo. Todas ellas son referidas por House y Khan (1985) quienes por un lado, incluyen en este nivel de análisis: la evaluación de los tipos de apoyo, las fuentes o proveedores y la cantidad o calidad del apoyo, y por otro lado, subrayan la diferencia respecto de evaluar disponibilidad de apoyo percibido o la ocurrencia de conductas reales de apoyo.

Contenidos y Funciones del Apoyo Social

Las investigaciones en este área han pretendido analizar y la clasificar los contenidos de las relaciones sociales. La multiplicidad de conductas y formas de apoyo mostradas en la literatura han sido clasificadas con una variedad de términos como "tipos", "contenidos", "componentes", "funciones" "categorías", o "dimensiones" de apoyo. Todos ellos son

utilizados para describir y organizar las distintas formas o acciones de apoyo en un número de categorías representativas de todas ellas.

La revisión realizada por Lin (1986) sobre las distintas formas de apoyo social muestra una agrupación en dos grandes categorías: expresivas e instrumentales. Este binomio instrumental-expresivo es asumido por la mayoría de autores aunque cada uno propone distintas subclasificaciones. Se citan así, una gran variedad de contenidos de apoyo: instrumental, afectivo o expresivo (Pattison, 1977); tangible, intangible, de consejo, "feedback" (Procidano y Heller; 1983, Tolsdorf, 1976); sustento emocional, solución de problemas, influencia indirecta y ambiental (Gottlieb, 1987); emocional, guía cognitiva, asistencia tangible, refuerzo social y socialización (Hirsch, 1980), autoestima, valorativo, pertenencia y apoyo tangible (Cohen y Hoberman, 1983); entre otros.

La mayoría coinciden en, al menos tres categorías de apoyo: **Emocional**, **Instrumental** e **Informacional** (Bloom, 1982; House y Khan, 1985; Tardy, 1985; Wills, 1985; Diaz Veiga, 1987; Lemos Giraldez y Fernández-Hermida, 1990; Cutrona y Russel, 1990; Winemiller et al, 1993; Krishnasamy, 1996; Barrón, 1996). El apoyo **Emocional** se operativiza en términos de expresiones de afecto, cariño, empatía ect. El **instrumental** supone realizar acciones o proporcionar materiales o servicios que sirven para resolver problemas prácticos, como por ejemplo prestar dinero o ayudar en tareas de la casa y el apoyo **informacional**, recoge todas aquellas intervenciones que implican aconsejar, informar o guiar. Algunos autores identifican cada una de éstas categorías o contenidos de apoyo con el ámbito en el que se producen: afectivo, cognitivo, y conductual. Así, el plano afectivo recogería la función expresiva o emocional (Lin 1986), el cognitivo agruparía la informativa (House, 1981; Wills, 1985; Caplan, 1974), de consejo o guía (Vaux et al, 1987) y el conductual, lo material o instrumental (Barrerra, 1981).

Otros investigadores citan además, una categoría **valorativa** del apoyo social (House y Khan, 1985; Tardy, 1985; Diaz Veiga, 1987; Lemos Giraldez y Fernández-Hermida; 1990) o bien otra, denominada **acompañamiento social** ("social companionship") (Wills, 1985; Winemiller et al, 1993). El apoyo **valorativo** se refiere al suministro de "feedback" o información de evaluación de la actuación del sujeto, por ejemplo reforzar socialmente

(Tardy, 1985). Mientras que, el **acompañamiento social** incluye aquellas actividades sociales que el sujeto realiza en compañía de otros (Vaux et al., 1987; Veiel, 1990; Mestre et al, 1993, Vázquez-Morejón y García Bóveda. 1997).

Cada una de estas categorías engloba distintas acciones o conductas concretas de apoyo cuyos propósitos son similares. Éstas conductas pueden estar a su vez, descritas de un modo más o menos detallado. Por ejemplo, “*recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas*” (Bellón et al., 1996) o “*podrían prestarme dinero si lo necesitase*” (Veiel, 1990; Vázquez-Morejón y García Bóveda; 1997) frente a “*cuando algo me preocupa o molesta se lo cuento a alguien*” (Mestre et al, 1993), “*cuando confío en mis amigos me siento bien*” (Prociano y Heller, 1983) o “*Mi familia me cuida*”(Vaux; 1987). De cada una de estas conductas de apoyo, más o menos específicas, podemos obtener información respecto de si se llevan a cabo, con qué frecuencia o en qué grado.

Tardy (1985) distingue dos dimensiones respecto del constructo y evaluación del apoyo social: “Contenidos” y “Descripción/Evaluación”. Los “Contenidos” incluyen las categorías mencionadas (emocional, instrumental, informacional y valorativa). En la Descriptiva/Evaluativa Tardy (1985) alude a dos facetas distintas del apoyo social: la descripción de las conductas o acciones de apoyo más o menos detalladas y la evaluación del sujeto acerca de las mismas. Esta evaluación se realiza en términos de satisfacción del individuo con las acciones específicas o con los contenidos de apoyo. Descripción y Evaluación no son excluyentes, y ambos tipos de información se recogen en distintos trabajos. De la dimensión evaluativa y de la calidad del apoyo social nos ocuparemos más adelante.

Es importante distinguir entre los conceptos de contenidos o categorías de apoyo y funciones, ya que han sido utilizados indistintamente por algunos autores (Gracia Fuster y cols, 1995, Barrón, 1996). En nuestra opinión, la función o funciones que cumplen las acciones de apoyo llevadas a cabo por un sujeto sobrepasan los límites de los fines o la intencionalidad con que éstas se realizan, y dependen de la evaluación que hace de las mismas quién las recibe. Por tanto, ambos términos aunque estrechamente relacionados no son del todo equivalentes. Barrón (1996) identifica las categorías instrumental,

informativa y emocional como funciones de apoyo diferenciándolas de lo que son los recursos o acciones de apoyo. Éstos últimos se refieren a una gran variedad de conductas que permiten el intercambio o la transacción de elementos, tanto materiales (dinero, servicios, objetos, ect..), como simbólicos (cariño, aceptación ect..). La presencia de recursos o acciones permitirá que se cumplan las funciones mencionadas. Así, escuchar o empatizar, cumplirán una función emocional, y otras, como ayudar económicamente, la función material. Aunque esta relación entre acciones y función es esperable, la relación que se establece entre conductas de apoyo y funciones es algo más compleja, pues, una determinada acción podría cumplir o no su función correspondiente, e incluso otras no relacionadas directamente con la acción de apoyo.

Un ejemplo acerca de cómo un mismo recurso o acción de apoyo podría cumplir más de una función, sería prestar dinero o dar consejos. Estas conductas de apoyo también pueden ser interpretadas por quién las recibe como muestras de afecto y cariño (Gracia Fuster y cols, 1995, Barrón; 1996). En particular, y puesto que en el caso de los recursos materiales y de información, es muy frecuente que esto ocurra y que cumplan ambas funciones (emocional y material o informativa), el término **categoría** representa mejor la clasificación teórica de las funciones esperadas, mientras que, el término **función** aludiría más a las valoraciones individuales de esas acciones. Pongamos por ejemplo un paciente de cáncer al que un familiar le sugiere o le ofrece algún tipo de medicación para evitar los vómitos. Ésta conducta de apoyo en teoría pertenece a una categoría de apoyo Informativa, y puede ser interpretada por el paciente como tal, lo que sería esperable; o cómo un modo de solucionar un problema, o como una muestra de interés, de afecto y preocupación, o ambas cosas, cumpliendo así varias funciones. Las características de quién provee el recurso, de la utilidad y eficacia atribuida, en este caso al fármaco, y del tipo de relación que se establece entre receptor y proveedor explican también en parte la variabilidad de funciones que pueden llegar a cumplir las conductas de apoyo aportadas. Por ejemplo, la misma conducta de sugerir tomar determinada medicación, si proviene de un profesional de la salud, al que le atribuimos competencia profesional y experiencia, podría ser percibida como apoyo cumpliendo exclusivamente una única función informativa. Sobre todo, si la información ofrecida no se acompaña de mensajes o signos que indiquen empatía, preocupación o interés manifiesto por el enfermo.

Por otro lado, que un determinado recurso o acción de apoyo se esté dando o esté actuando no implica necesariamente que cumpla la función que le corresponde. Por ejemplo, quien provee de apoyo podría informarnos de que escucha los problemas del receptor de apoyo. En este caso, el recurso existe, ya que la transacción del mismo tiene lugar. Sin embargo, el receptor del apoyo puede no sentirse escuchado, y podría no estar de acuerdo con la información que nos dio el proveedor de apoyo. En este caso, quizá lo que esté ocurriendo es que, a pesar de que el recurso se esté dando, éste no cumple las expectativas de apoyo deseables por el receptor, bien en términos de frecuencia o bien de calidad del mismo. De este modo un recurso; entendido como una conducta de apoyo efectuada por un proveedor podría cumplir o no la función de apoyo esperada, y por el contrario, una conducta que en apariencia no es de apoyo podría resultar muy útil a un sujeto cumpliendo una función de apoyo inesperada. Así, *en ocasiones nos sorprendemos cuando alguien próximo nos confiesa estar muy agradecido por una ayuda que no consideramos como tal. Esto pone de relieve que es la percepción del evento lo que proporciona al investigador la pista para conocer si se produce o no apoyo* (Gracia Fuster, 1995).

Por tanto, debemos insistir en el análisis del proceso de apoyo y en cómo las distintas acciones o conductas son percibidas y llegan a cumplir realmente determinadas funciones. Para ello, es importante diferenciar lo que es transferido, del contexto y de las variables implicadas en la transacción. La transacción está delimitada por un continuo cuyos polos podrían estar representados por la objetividad y la subjetividad. Es decir, puede haber una transacción real de una conducta de apoyo que coincide en mayor o menor medida con la percepción que el sujeto tiene de la misma y de su funcionalidad. Lo transferido es representado por un continuo cuyos extremos lo conforman los elementos tangibles (dinero, servicios, objetos etc.) y los psicológicos (emociones y muestras de afecto, fundamentalmente). Por tanto, la teoría de Caplan (1974) ilustra por una lado, las conductas de apoyo objetivas, tangibles o psicológicas, que representarían las distintas categorías de apoyo desde una dimensión objetiva y por otro lado, las percepciones subjetivas de apoyo tangible o psicológico que alcanzan el plano individual de la percepción e interpretación de lo transferido.

Además de las características del proveedor y de las de la relación establecida entre receptor y proveedor, el evento estresante es otra de las variables implicadas en el estudio de las funciones que cumplen las distintas formas de apoyo. La idea acerca de que las formas de apoyo provistas necesitan ser apropiadas al contexto y al tipo de estrés experimentado ha sido una de las propuestas que se añaden, con el objetivo de esclarecer en qué medida las distintas conductas de apoyo social cumplen determinadas funciones. En este sentido, Cutrona y Shur, (1994) atienden a las características situacionales del proceso de apoyo, en particular, a la naturaleza del problema o del acontecimiento estresante. Las autoras proponen que determinadas formas de apoyo serán más o menos efectivas o funcionales según el tipo de estresor. Aquéllas formas de apoyo dirigidas a resolver un problema tendrían un resultado más efectivo cuando la situación estresante es “*controlable*”, es decir, cuando se puede hacer algo para eliminar, prevenir o minimizar la fuente de estrés. En otros contextos, ante situaciones de estrés “*incontrolables*”, por ejemplo pérdida de un familiar, el apoyo emocional y el apoyo dirigido a disminuir la intensidad de las emociones negativas sería más efectivo. En el caso de las formas de apoyo dirigidas a reforzar la autoestima del sujeto, éstas serían eficaces en ambas situaciones estresantes, *controlables* o *incontrolables*.

Por lo tanto, Cutrona y Shur, (1994) clasifican del siguiente modo los diferentes contenidos de apoyo: los que se dirigen a resolver o solucionar el problema o la situación estresante vivida por el sujeto, frente a otros cuya intención fundamental es consolar o aliviar al sujeto. Entre los primeros, incluyen el apoyo de tipo informativo que engloba también el valorativo o de “feedback” de las acciones realizadas por el sujeto, y el material o tangible. En el segundo caso incluyen, al apoyo emocional, o el apoyo de la red cuya intención es transmitir sentido de pertenencia por compartir las mismas experiencias o intereses. Por último, el apoyo a la estima podría incluirse tanto en la primera categoría como en la segunda y se lleva a cabo con la intención de reafirmar al sujeto en su valía personal, incrementar su autoestima y motivarle en la persistencia y consecución de determinados objetivos.

En esta última clasificación se presentan dos categorías globales (ver diagrama 4) que incluyen los tipos de apoyo mencionados diferenciando el de estima y el valorativo. En el

caso del valorativo se incluyen acciones de guía o consejo que pueden suponer desacuerdo con la actuación del sujeto (“ tú no deberías hacer, o decir”) mientras que, éstas no forman parte del apoyo de estima que se centra más en el refuerzo social de sus actuaciones. Por otro lado, el apoyo de estima incluye acciones o verbalizaciones cuya intención es hacer sentir al sujeto que forma parte del grupo con experiencias e intereses similares. Éste tipo de apoyo se ajusta mucho al que puede prestarse desde determinadas asociaciones o grupos de ayuda mutua constituidos como sistemas de apoyo complementarios.



hemos visto, en la práctica un mismo recurso o conducta de apoyo puede no cumplir ninguna función o por el contrario cumplir más de una. En este sentido algunos autores, defienden que el sentido de apoyo es experimentado no tanto a partir de las conductas que lleva a cabo el proveedor sino a partir de la interpretación que el receptor hace de dichas acciones de apoyo (Sarason et al, 1994). Es posible que la función emocional sea inferida a partir de una gran variedad de conductas de apoyo, de forma que, tal y como otros autores subrayan, el sentimiento de aceptación y de apoyo emocional es el que fundamenta el constructo de apoyo social (House y Khan, 1985; Saranson, et al, 1987). Ésta podría ser una de las razones por las que en algunos trabajos, o bien se han obtenido elevadas correlaciones entre las diferentes categorías de apoyo (Veiel, 1990; Vázquez-Morejón y García Bóveda. 1997), o bien no ha sido posible extraer una solución factorial diferenciada de las mismas (Revenson, 1992). Algunos autores prefieren considerar el apoyo social más como un factor general frente a la multidimensionalidad defendida por quienes distinguen entre categorías de apoyo. En resumen, aunque en el plano conceptual parece existir acuerdo respecto de la adscripción de las distintas acciones de apoyo a determinadas categorías y de la relación de éstas con determinadas funciones de apoyo social, éstas presunciones teóricas no siempre han sido claramente diferenciadas en los estudios empíricos.

Fuentes o proveedores de apoyo social

El apoyo social es accesible a una persona a través de lazos sociales, bien sea con otros individuos, con grupos o con la comunidad (Lin et al, 1981). Es decir, la cantidad de personas con quien se relaciona un sujeto representa el amplio espectro de fuentes o proveedores de apoyo disponibles (parientes, vecinos, pareja conocidos, compañeros de trabajo, terapeutas, profesionales de la salud, miembros de instituciones religiosas o asociaciones). Así, cada uno de los distintos miembros que componen la red social de un sujeto, consecuentemente, puede llegar a ser considerado como una fuente o proveedor de apoyo. De tal modo, que la red social de un individuo es la clave para explicar la provisión de apoyo accesible a un individuo. Desde una perspectiva estructural, para definir quiénes serían las fuentes de apoyo Tardy (1985) resume como posibles miembros

de una red: la familia, vecinos, amigos íntimos, compañeros de trabajo, profesionales y comunidad.

Existe acuerdo en cuanto a que el apoyo social procede de distintos miembros del entorno del sujeto y de distintos ámbitos o niveles (House y Khan, 1985; Lin, 1986, Pearlin 1985, Gottlieb, 1981 Barrón; 1996 Gracia Fuster, 1995). Así, el término fuentes o proveedores, en términos generales, define a quienes pueden proveer de apoyo y alude a los tres niveles de análisis propuestos por House y Khan (1985): “relaciones sociales”, “red social” y “apoyo social”. En primer lugar, en las relaciones sociales se evalúa el grado de integración o participación de un sujeto en su comunidad. Se atiende a la cantidad y existencia de relaciones de un sujeto y al rol o roles que desempeña en relación con alguien quién es un potencial proveedor de apoyo. En segundo lugar, se analizan en detalle las características o propiedades estructurales de las relaciones con otros quiénes, de igual modo, representan los posibles proveedores de apoyo. Por último, en el tercer nivel de análisis, aunque prima el análisis de la funcionalidad del apoyo frente a lo estructural, también se recoge información acerca de quiénes son los que pueden proveer de apoyo.

Otros autores analizan las fuentes de apoyo de un sujeto desde los diferentes niveles o ámbitos de interacción atendiendo al tipo y calidad de la relación con los proveedores, y a la cantidad de recursos o acciones que éstos proporcionan (Lin, 1986; Pearlin, 1985; Gottlieb, 1981; Barrón, 1996; Gracia Fuster, 1995). Parten de una idea común basada en un incremento de la disponibilidad de recursos o acciones de apoyo conforme las relaciones e interacciones son más próximas y de confianza. Así, Pattison (1981) distingue cinco zonas en función de la proximidad emocional y de la relación del sujeto con los diferentes proveedores o fuentes de apoyo potenciales: personal (con quiénes convive), íntima (de interacciones frecuentes), efectiva (relaciones cotidianas), nominal (conocidos) y externa (relaciones indirectas a través de otros).

Por su parte, Lin (1986) distingue tres ámbitos en los que puede producirse el apoyo: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas equiparables a los propuestos por Gottlieb (1981) que diferencia entre un nivel macro (integración y participación social),

meso (redes sociales) y micro (relaciones íntimas). Cada uno de éstos niveles de interacción puede proporcionar un tipo o sentimiento de ayuda. La comunidad, como marco global, puede aportar al individuo un sentimiento de pertenencia. Por su parte, en el seno de la comunidad y desde las redes sociales se pueden producir sentimientos de vinculación más sólidos que se basan en lazos reales con los demás, aunque algunos indirectos (Lin, 1986). Por último, las relaciones íntimas o de confianza son las más próximas y de las que deriva un sentimiento de compromiso. Así, el sentido de pertenencia se uniría a fuentes específicas de apoyo (profesores, vecinos, conocidos ect;) mientras el sentimiento de vinculación se relaciona con otras fuentes características (compañeros de trabajo, amigos) y finalmente, el sentido de compromiso procede de la relación del sujeto con fuentes más próximas emocionalmente (pareja, familia, amigos íntimos)(Gracia Fuster; 1995)

Por otro lado, Pearlin (1985), considera que si bien la red social comprende el conjunto de personas disponibles para el sujeto, el acceso al apoyo se articula en torno a tres dimensiones: las redes sociales, los grupos de afiliación y las relaciones interpersonales más íntimas. Desde la primera de ellas, las redes sociales, se informa de la potencialidad de apoyo o de proveedores potenciales en un sentido amplio, y aquí se incluyen los recursos sociales y organizacionales que la sociedad pone a disposición de sus miembros. Es decir, existen una serie de recursos sociales a los que tiene acceso un individuo y que incluyen tanto las organizaciones, los grupos, y otros sujetos en particular (Pearlin, 1985). Sin embargo, como afirman otros autores, las relaciones sociales y la red social definirían un marco más amplio que sobrepasa los límites del “apoyo” que describiría un sujeto (Pearlin, 1985; Díaz Veiga, 1987). Una segunda perspectiva acerca de las fuentes de apoyo haría referencia a un concepto más restringido del estudio de los proveedores potenciales que forman parte del total de contactos sociales de un sujeto. Éste término se centraría en aquéllos grupos o miembros de la red social, pero con los que el sujeto se relaciona de un modo más directo y frecuente, los denominados grupos de afiliación (Pearlin,1985). Éstos grupos se identifican según el autor, no sólo a partir de preguntas acerca de con quién interactúa un sujeto, sino también preguntando por la proximidad geográfica o de residencia, la frecuencia de visitas ect. Presumiblemente, un sujeto recibiría la mayor cantidad de los diferentes tipos de apoyo de éstos grupos debido que es

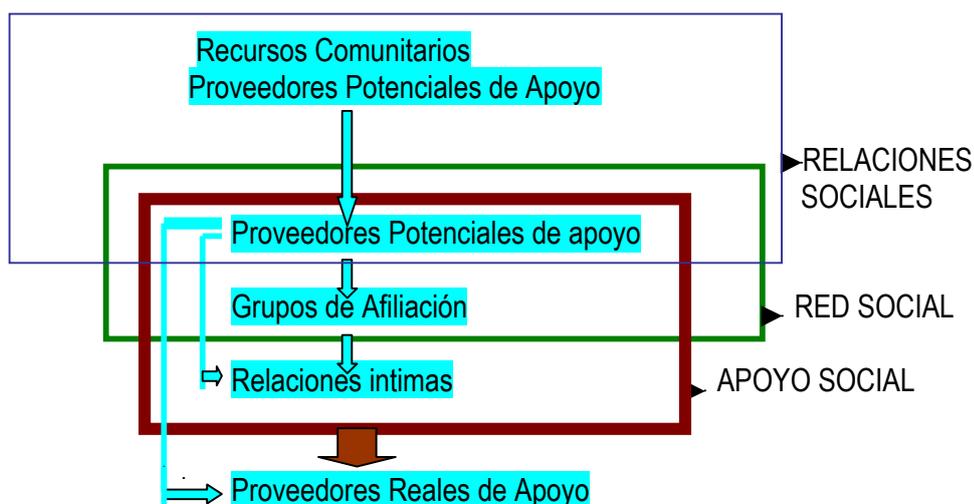
con ellos con quién su relación es más frecuente, activa o directa (familia, amigos, compañeros de trabajo). Es decir, la provisión de apoyo también es más probable que se de entre aquellas relaciones cuyas características estructurales lo propician. En cuanto a la tercera dimensión propuesta por Pearlin, (1985) respecto de quiénes proveen de apoyo, ésta se basa más en las características de la calidad de la relación que de la cantidad. Éste tipo de relaciones se refieren más a determinados sujetos que a grupos, y se suelen encontrar en la pareja, amigos o íntimos.

Como hemos visto, la existencia de tres niveles está recogida en la literatura y sus efectos sobre la salud difieren, si bien los niveles más directos dependen de los más amplios. (Barrón, 1996). Así, el comunitario es el de menor efecto directo aunque es previo a los demás y de él se derivan las redes sociales grupales. Éstas tienen un mayor efecto que la anterior y proporcionan el marco en el que el apoyo social puede estar disponible para el sujeto. De ellas emergen las redes informales más cercanas, que tienen un mayor efecto sobre el bienestar”. En este sentido Lauretief y Baunman (1992) afirman que la estructura crítica de la red social de un sujeto la conforman las relaciones íntimas y por tanto la influencia sobre la salud es más acentuada cuánto más se identifica el tamaño de la red con el número de miembros íntimos y de mayor confianza. Así, la diferenciación propuesta por Pearlin, (1985) respecto de los grupos de afiliación y de los que conforman las relaciones íntimas resulta de interés porque representa ese subgrupo o zona crítica de la red sobre la que se ha investigado con mayor frecuencia en el área del apoyo social. Por un lado, los costes que suponen el estudio exhaustivo de la estructura de la red social del sujeto y por otro, la baja predicción sobre el ajuste del sujeto, ha provocado que muchos trabajos hayan limitado el análisis de las relaciones sociales a un número de entre cinco y diez proveedores potenciales sin llegar a abordar el total de interacciones que mantiene un sujeto (Pearlin, 1985; House y Khan, 1985). Es decir, a aquéllos subgrupos de personas con los que las relaciones son más frecuentes e íntimas y han mostrado mejores resultados con respecto a índices de salud y bienestar. Por tanto, en la práctica coinciden en ajustarse a este concepto más restringido de “fuentes o proveedores de apoyo” aunque el punto de partida teórico suponga un concepto más amplio. Un ejemplo claro, se muestra en aquellos trabajos donde utilizan el término “red”, y se recoge el número de miembros de la misma a partir de las respuestas del sujeto a preguntas del tipo ¿Con

quién quiénes te gustaría hacer..? (Veiel, 1990, Vázquez-Morejón y García Bóveda, 1997); o listar un número de personas con las que contaría un sujeto para recibir apoyo en una situación específica (Saranson et al, 1983). En ambos casos, el sujeto puede responder acerca de con quiénes hace determinadas actividades o cree que le proveerían de apoyo en determinadas situaciones, pero éstas no forman la totalidad de su red en sentido amplio.

En resumen, el análisis de las **relaciones sociales** nos informa de la existencia de recursos a nivel comunitario y de los proveedores de apoyo potenciales. La **red social** analiza las características y propiedades de las relaciones que mantiene un sujeto con dichos *proveedores potenciales*. Los *grupos de afiliación* son una subparte de la red social: los proveedores potenciales con los que el sujeto mantiene relaciones frecuentes o directas. Finalmente, están las *relaciones íntimas* o de mayor confianza; de las que es más probable que el sujeto obtenga apoyo y que se evalúe como más adecuado o satisfactorio. El conjunto de los *proveedores potenciales*, *grupos de afiliación* y *relaciones íntimas* se enmarca en el nivel de análisis del **Apoyo Social**, pues de todos ellos el sujeto puede informar como *Proveedores reales de Apoyo*. (Ver Diagrama 5)

Diagrama 5



Un paciente oncológico, por ejemplo, mantiene contactos relativamente frecuentes con los profesionales de la salud que le atienden; está casado, tiene hermanos, compañeros de trabajo y amigos, se relaciona con sus vecinos, o sabe de determinadas asociaciones contra el cáncer o grupos de autoayuda como recurso de apoyo, aunque no los utiliza. Hablaríamos en este caso de las **relaciones sociales** que incluyen a los recursos comunitarios (las asociaciones o grupos de autoayuda mencionados) en los que, en este ejemplo, nuestro paciente no está implicado. Por su parte, el paciente nos puede describir ciertas características de la relación con su pareja e hijos; nos puede decir que con sus hermanos mantiene relaciones poco frecuentes, que a menudo habla o comparte actividades con sus amigos, y que con sus compañeros y vecinos mantiene relaciones esporádicas. Todos ellos, pareja, hijos, hermanos ect. serían *proveedores potenciales* de apoyo; pero su pareja, sus hijos, y amigos, además, configuran sus relaciones más próximas y conformarían los *grupos de afiliación*. Ambos, proveedores potenciales y grupos de afiliación, conforman el nivel de las **redes sociales**, pues con ellos convive o se relaciona con mayor frecuencia. Es probable, que además, las relaciones que el paciente mantiene con sus amigos, o en particular con uno o algunos de ellos, con su pareja, e incluso con sus hermanos o con alguno de ellos (a pesar de ser poco frecuentes) se establezcan sobre unos parámetros de confianza, y cercanía emocional que serían definidos por el paciente en términos de *relaciones íntimas*. Respecto de estos últimos, quizá es más probable que el sujeto los refiera como *proveedores de apoyo reales* cuando nos informa acerca de quién o quiénes le están apoyando en su situación de enfermedad.

Pero, también el sujeto puede sentirse apoyado por los profesionales de la salud, los vecinos, o los compañeros de trabajo refiriéndolos igualmente como *Proveedores reales de apoyo*. Así, *Proveedores potenciales de Apoyo*, *Grupos de Afiliación*, y *Relaciones íntimas* se englobarían en el nivel de **Apoyo Social** para finalmente, todos ellos o parte de ellos, ser mencionados como *Proveedores de Apoyo real*.

Cantidad y Calidad de apoyo

En otros niveles de análisis del apoyo social el término **cantidad**, representa el número de relaciones sociales (nivel 1) que un sujeto mantiene con otros, o se identifica con el tamaño de la red (nivel 2) para finalmente, describir en ambos casos, el número de proveedores o fuentes potenciales de apoyo. En este tercer nivel de análisis hay que diferenciar inicialmente: la **cantidad** del apoyo frente a la **calidad** o adecuación del mismo (House y Khan, 1985).

La **cantidad** se refiere al número de conductas o acciones de apoyo. En términos operativos sería la cuantificación de las distintas acciones de apoyo en términos de ocurrencia y/o frecuencia. Así, se obtiene bien una puntuación global de todas ellas, o bien a través de puntuaciones de las categorías de apoyo (emocional, informacional, instrumental entre otras), o incluso de la frecuencia de cada una de las acciones específicas. Lo habitual es que el sujeto responda a un listado de conductas de apoyo en términos de si se han recibido o se esperan recibir y en qué grado. (Barrera, 1981; Bellón y Saameño; 1996) En éste caso, los proveedores del apoyo no son identificados por quién responde el cuestionario (“Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede”; Bellón y Saameño; 1996). El investigador está interesado en saber si determinadas conductas de apoyo se producen o no y el resultado de las mismas en términos de **cantidad de apoyo**

En ocasiones, la **cantidad** de apoyo, ha sido evaluada preguntando por el proveedor o proveedores que prestan las distintas acciones o conductas de apoyo. Por ejemplo, ante una situación de apoyo hipotética, el sujeto responde a una pregunta que engloba a un determinado proveedor (familiar o amigo) y una determinada acción de apoyo concreta

(“*Mi familia disfruta escuchando lo que yo pienso*”) (Procidano y Heller; 1983; Veiel; 1990, García Bóveda; 1997). O bien, en primer lugar, se solicita un listado de las personas que le proveen de apoyo o son importantes para él, y entonces, se pide al sujeto que responda si obtendría determinada acción de apoyo respecto de cada una de las personas listadas y en qué grado (McFarlane et al; 1981; Norbeck et al.; 1981 Sarason et al; 1983;). Éstos últimos presentan, por un lado, resultados sobre la cantidad de apoyo en función del número de proveedores que prestan cada acción, y por otro lado, el número o la cantidad de proveedores en términos del total de personas que componen la red. Sin embargo, el tamaño de la red debe estar representado por el total de proveedores potenciales de apoyo, aquéllos con quienes el sujeto mantiene contactos, sean o no mencionados como proveedores de apoyo reales. El tamaño de la red puede diferir del número de proveedores de apoyo reales (que en todo caso, compondrían lo que algunos autores han denominado como red de apoyo). No todos los miembros de la red o proveedores potenciales proporcionan apoyo. En este sentido, si se pregunta directamente que enumeren quiénes proveen de apoyo y se habla en términos de tamaño de red, no estamos incluyendo el número de proveedores potenciales sino sólo los reales.

En resumen, la variable **cantidad** de apoyo, a veces ha sido entendida como cuantificación de conductas y acciones, en relación a un proveedor o proveedores que las prestan; y en ocasiones, se refiere al número de proveedores de apoyo reales identificándola con tamaño de red. En nuestra opinión, es importante no solapar el término tamaño de red con cantidad de proveedores reales. Los proveedores reales se identificarían con la Red de Apoyo. Los resultados del tamaño de la red deben referir el número total de proveedores potenciales o disponibles, no sólo el de los proveedores reales mencionados por el sujeto. De este modo, evitaríamos la confusión operativa respecto de lo que se entiende por el término tamaño de red y lo que son los proveedores de apoyo real.

La **calidad** del apoyo refleja la adecuación del apoyo social, se refiere al equilibrio entre las necesidades del receptor y la medida en que éstas son cubiertas. La mayoría de autores coinciden en considerar que debe evaluarse a través de medidas de la satisfacción del sujeto con el apoyo que recibe (Saranson, 1983; Tardy, 1985; Lemos

Giraldez; 1990; Durá y Garcés, 1991; Winemiller et al, 1993; Barrón, 1996). Este tipo de evaluaciones son las que mejor informan sobre el lado negativo de la interacción social (Barrón, 1996). Se puede evaluar preguntando al sujeto lo satisfecho que está con cada una de las acciones de apoyo y se obtienen puntuaciones de satisfacción específicas por acciones de apoyo y globales respecto del total de las acciones de apoyo (Sarason et al, 1983). Algunos autores han evaluado la calidad del apoyo con preguntas acerca de si el sujeto desearía más apoyo respecto de cada una de las situaciones de apoyo presentadas (Henderson et al, 1980, Barrera, 1981, Barrera et al 1981; Veiel, 1990; Vázquez-Morejón y García Bóveda, 1997). Se pregunta por ejemplo, "Si tuvieras dificultades económicas, ¿quién podría prestarte dinero?, y seguidamente "¿Te gustaría tener más apoyo en esta situación?" (Veiel; 1990, Gracia Bóveda; 1997) ó ¿Obtienes el apoyo que necesitas? (Barrera 1980, 1981 Cit en Tardy; 1985). Otros autores utilizan un formato de respuesta cerrada utilizando una escala tipo Likert. Así, ante la pregunta "*Tengo la posibilidad de hablar con alguien sobre mis problemas económicos*" el sujeto respondería en una escala que oscilaría entre "tanto como deseo" a "mucho menos del que deseo" (Broadhead et al., 1988; Bellón Saameño et al., 1996), o bien, han propuesto alternativas de respuesta como "desearía más", "depende de la situación", o "es adecuado" (Henderson et al., 1980).

Respecto de la **cantidad** de apoyo, un sujeto puede informar con relativa fiabilidad acerca de si determinadas conductas de apoyo se llevan a cabo. A pesar de ello, no podemos olvidar que los procesos según en virtud de los cuáles una conducta de ayuda se percibe como tal dependen también de características personales, del emisor de la ayuda, de la naturaleza de la situación entre otras (Gracia Fuster, 1995). Por esta razón, no podemos descartar que las respuestas de un sujeto acerca de determinadas acciones de apoyo estén influidas por determinadas valoraciones cognitivas de quién informa. Por ejemplo, ante la pregunta de si determinados proveedores (uno o más de mi familia y amigos) *podrían sugerirme o aconsejarme qué hacer, o bien, escucharme cuando necesito hablar acerca de mis sentimientos*, (Vaux, et al., 1987) una persona podría contestar no sólo en función de que determinada conducta se de por parte del proveedor, sino también en función de otras variables. Es decir, valoraría si se da según las condiciones deseadas por el receptor, o con la frecuencia esperada, o si proviene de la persona adecuada. De tal modo que quizá mis padres me den consejos cuando tengo problemas, pero no los

considero útiles, o no se dan en el momento adecuado o en la forma adecuada. Por lo que, podría responder que mis padres no me aconsejan cuando tengo un problema, a pesar de que la transacción de determinada conducta de apoyo se esté dando. O bien podría informar de la ocurrencia de las mismas, pero no las consideraría como acciones de apoyo. Por tanto, y enlazando con la diferenciación antes expuesta respecto de las categorías y funciones de apoyo, éstas conductas podrían no ser reconocidas como acciones de apoyo sino cumplen determinadas expectativas para el receptor. Que un sujeto reciba dichas acciones de apoyo, es una condición necesaria pero no suficiente, para que el receptor informe de sentirse apoyado o de la adecuación del apoyo prestado. Éstas dos últimas preguntas se referirían más a la valoración cognitiva y subjetiva del receptor y a la **calidad** del apoyo.

Tener en cuenta si lo que se le ofrece como acciones de apoyo cubre las necesidades específicas del receptor fundamenta la funcionalidad del apoyo social. Por lo tanto, ambos aspectos, las acciones específicas que son transferidas y la calidad o satisfacción del receptor con las mismas deben ser consideradas en la evaluación del apoyo social. En este sentido, Barrera y Baca (1990) propone un modelo explicativo de la satisfacción con el apoyo a partir de las acciones o conductas de apoyo que son transferidas realmente. Propone tres factores que predicen la satisfacción con el apoyo, la frecuencia o los intercambios de las acciones de apoyo, el número de personas en la red con las que se mantienen relaciones conflictivas, y la orientación hacia la red. Este último factor entendido como un conjunto de creencias, actitudes y expectativas del sujeto acerca de la utilidad potencial de los miembros de la red para ayudarlo a solventar un problema. A partir de este modelo, la experiencia subjetiva de apoyo y la satisfacción con el mismo, depende de las acciones o la cantidad de apoyo que se transfiere, pero también de la relación con el o los proveedores que las ofrecen y de las creencias y actitudes sobre la utilidad de las mismas y de quiénes las prestan como potenciales proveedores de apoyo. Una ventaja de este modelo es que enmarcándose en una perspectiva contextual, describe de modo operativo las variables implicadas en la satisfacción del sujeto con el apoyo que recibe.

Por último, en la literatura sobre el constructo y las formas de evaluación del apoyo social, se añade, que las medidas de apoyo social difieren respecto de si se pregunta acerca de la disponibilidad percibida de apoyo o de la ocurrencia real del apoyo. Este aspecto también alude a la dimensión de subjetividad/objetividad del apoyo social y a lo que se entiende por “apoyo percibido”. Estos últimos aspectos relacionados con las definición y evaluación del constructo de apoyo social los abordaremos en el próximo apartado. Incluiremos además, una breve referencia respecto de la polémica suscitada en torno a la relación apoyo social y variables de personalidad.

1. 3. 4. APOYO PERCIBIDO, DISPONIBILIDAD DE APOYO, Y APOYO REAL.

En el área de estudio del apoyo social abunda la utilización de términos como “apoyo social percibido”, “disponibilidad de apoyo”, “conductas de apoyo”, “apoyo proporcionado”, “apoyo provisto”, “apoyo recibido” “apoyo real”, “apoyo cognitivo o subjetivo”, entre otros. La gran variedad de términos utilizados, y la cantidad de interpretaciones a las que se prestan han dificultado el acuerdo respecto de la definición operativa de los mismos. En consecuencia, hay cierta heterogeneidad en la utilización de dichos términos y en la literatura un mismo concepto puede hacer referencia a aspectos o dimensiones diferentes de la evaluación del apoyo social. La complejidad del constructo ha propiciado que a un mismo término se le de más de una interpretación. A pesar de ello, hay cierto acuerdo respecto a los conceptos utilizados para las diferentes formas de evaluación del apoyo social. Dada la complejidad, presentamos una propuesta conceptual que incorpora el acuerdo de los autores a la terminología y dimensiones de apoyo propuestas por Tardy (1985): Dirección del apoyo (recibido: evaluado desde el receptor, o provisto: desde el proveedor); Disposición (apoyo disponible o apoyo real: el que se ha dado o se da); Descripción/Evaluación (describiendo las conductas de apoyo y/o evalúa la satisfacción con el apoyo); Contenidos de apoyo (referida a las distintas categorías de apoyo) y Redes (quiénes proveen de apoyo). De éste modo, presentamos el siguiente resumen conceptual respecto de los términos y formas de evaluación del apoyo social:

- El término “**apoyo percibido**” se refiere a cualquier informe por parte del receptor o proveedor acerca del apoyo que recibe o que ofrece. Dicha valoración acerca del

apoyo prestado o recibido estará mediatizada por *procesos cognitivos* y por la *subjetividad* de quién informa (Winemiller et al., 1993). Estos procesos afectan al tipo de variables evaluadas (frecuencia, fuentes de apoyo, tipos de apoyo, satisfacción con el apoyo o calidad del mismo). Con respecto al apoyo percibido desde quién lo provee, éste frecuentemente se centra más en la descripción de sus conductas de apoyo. Pero también, un proveedor puede informarnos de otros proveedores que están apoyando al sujeto o con quienes el receptor de apoyo mantiene contactos sociales.

El apoyo social también puede ser evaluado mediante observación externa de las conductas de apoyo que otras personas cercanas prestan al receptor (House y Khan, 1985). En este caso evaluaríamos la provisión de apoyo desde un plano "Objetiva", frente a la visión "Subjetiva" del mismo. Las evaluaciones "Objetivas" del apoyo social incluirían, por ejemplo, la posibilidad de registrar la frecuencia de visitas de un paciente ingresado, quiénes le visitan o acompañan, conductas de apoyo que llevan a cabo los familiares ú otros. De este modo, es posible disponer de información objetiva respecto de determinadas variables de apoyo social. Dicha información podría compararse con la obtenida desde el receptor o desde el proveedor de apoyo. La evaluación del apoyo social tanto desde el receptor como desde el proveedor permiten contrastar concordancias y discrepancias entre ambos (House, 1981; Khan y Antonoucci,1980). Ahora bien, valorar el apoyo social a través de observaciones externas o desde algún proveedor supone evaluarlo desde una perspectiva distinta de la del receptor de apoyo. La percepción del receptor respecto del apoyo que recibe puede diferir de la que podemos observar "objetivamente" o de la informada por el proveedor. Es interesante determinar si existen discrepancias entre el receptor de apoyo y el proveedor o el observador externo. Sin embargo, en ocasiones no es posible realizar este tipo de comparaciones, ya que, las características de la investigación, la disponibilidad de los proveedores o la accesibilidad para realizar un registro de observación externa dificultan la posibilidad de contrastación. El investigador, debe decidir desde dónde obtendrá la información acerca del apoyo que tiene un sujeto. Si uno de los objetivos es determinar en qué medida un sujeto se "siente" apoyado, evaluar el apoyo social desde el punto de vista de quien lo recibe es

ineludible. Se asume, entonces, que entramos en un marco de subjetividad del receptor que afecta al tipo de variables de apoyo social evaluadas. Esta valoración subjetiva del receptor podría explicar el grado de equilibrio o desequilibrio entre sus necesidades y el modo en que éstas son cubiertas por sus proveedores. Después de todo, desde la Psicología Social se considera que las circunstancias del mundo real afectan al individuo en la forma e intensidad en que son percibidos (Gracia Fuster, 1995), y finalmente, *las situaciones que se perciben como reales son también reales en sus consecuencias* (Thomas y Thomas; 1982)

- El término “**disponibilidad de apoyo**” es *apoyo percibido* y se refiere a la evaluación del apoyo que es accesible al sujeto y con el que puede contar en caso de necesitarlo (House y Khan, 1985; Durá y Garcés, 1991; Saranson et al., 1994; Gracia Fuster, 1995; Barrón, 1996; Krishnasamy, 1996; De Ridder y Schreus, 1996). La **disponibilidad de apoyo** puede incluir tanto la evaluación de la cantidad como de la calidad del apoyo social (Tardy, 1985). Permite evaluar proveedores, contenidos y acciones de apoyo, y también satisfacción con el mismo, es decir, recursos de apoyo percibidos. Se evalúa en términos globales o específicos preguntándole al sujeto con quién o quiénes cuenta, bien, para hacer actividades, hablar sobre temas de interés, tomar decisiones, expresar emociones etc., o bien, respecto de situaciones hipotéticas que podrían ocurrir (problemas económicos, enfermedad grave...) así como, de la calidad o satisfacción con el apoyo del que dispone.

En general, la **disponibilidad de apoyo** se centra más en la evaluación de la sensación psicológica de apoyo que en la transacción de las conductas de apoyo implicadas en el proceso (Sarason y cols, 1983, 1990; 1994; Durá y Garcés, 1991; Gracia Fuster, 1995). Se subraya la representación psicológica de un sujeto sobre su sistema de apoyo y la percepción de que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso. Frecuentemente, la disponibilidad de apoyo se evalúa recogiendo la información que brinda el receptor de apoyo, pero también, es posible evaluarla a través de la información de otros (proveedores) o incluso mediante observación externa (Tardy, 1985). De hecho, el árbol decisional presentado por Tardy (1985) respecto de las dimensiones de evaluación del apoyo social, muestra como primera

dimensión la “Dirección” de la evaluación (provisto y recibido). La segunda dimensión de “Disposición” incluye la alternativa de evaluación de Disponibilidad de apoyo o de apoyo real. Por tanto, la disponibilidad de apoyo es posible evaluarla desde ambos parámetros (provisto y recibido). En este caso, podríamos contrastar la información sobre disponibilidad de apoyo desde distintas fuentes.

Una cuestión de interés es la medida en que las evaluaciones de disponibilidad de apoyo percibido predicen el apoyo real. En situaciones hipotéticas pensamos que numerosas personas nos ayudarían, o dicho de otro modo, nos resulta difícil admitir que “no nos ayudarían” lo que evidentemente sesga nuestra respuesta (O’Really; 1988;). Pero pueden darse diferencias entre la disponibilidad percibida de apoyo social cómo expectativa de apoyo frente al apoyo real (Dunkel-Schetter y Bennet, 1990; Durá y Garcés, 1991; Barrón, 1996; Krishnasamy, 1996). Una persona puede creer que hay más apoyo disponible del que realmente se producirá o que recibirá menos apoyo del que finalmente obtendrá. Además, el sujeto puede equivocarse respecto del tipo y la cantidad de apoyo que cree disponible, y en consecuencia respecto de la calidad del mismo. Dependiendo de la dirección que tome el sesgo de percepción en la disponibilidad de apoyo podemos encontrar tres situaciones en las que las expectativas de apoyo no predicen el apoyo real (Dunkel-Schetter y Bennet, 1990). La primera de ellas se refiere a las expectativas demasiado elevadas que llegado el momento no se ven confirmadas. Por ejemplo, ante una situación crítica las personas allegadas no saben cómo proporcionar ayuda. Respecto de otras situaciones críticas que se cronifican en el tiempo, puede ocurrir que a pesar de haber recibido apoyo en un primer momento éste vaya desapareciendo. Quienes proporcionan la ayuda pueden acabar cansándose, haber agotado su repertorio de conductas de apoyo, o finalmente, tras un periodo de super-implicación afectiva sentirse emocionalmente “deteriorado” extinguiendo así, la frecuencia de sus muestras de apoyo. Una tercera situación de falta de predictibilidad puede darse cuando el apoyo real excede a las expectativas, obteniéndose mucho más apoyo del esperado.

En resumen, la disponibilidad de apoyo puede no ser predictiva del apoyo que se da respecto una situación estresante real, y puede que tampoco lo sea a través de situaciones estresantes distintas, o a lo largo de las diferentes fases de una misma situación. Por ejemplo, respecto de una enfermedad crónica, las necesidades de apoyo de un paciente podrían diferir en el caso de una situación de diagnóstico frente a una situación de enfermedad más avanzada. Entonces, si los mismos proveedores siguen ofreciendo el mismo tipo de apoyo y las necesidades de apoyo del enfermo han cambiado, éste puede que no se sienta apoyado o no esté satisfecho con el apoyo recibido. En el caso de los pacientes de cáncer, en ocasiones, los proveedores de apoyo son más capaces de permitir la expresión emocional en una etapa de diagnóstico donde dar consejos o transmitir esperanza puede ser más "fácil". Sin embargo, puede que eviten esto mismo en la etapa terminal, donde apoyar en la expresión emocional del paciente o escuchar sus preocupaciones acerca de su evidente empeoramiento, o de la posibilidad de la muerte, resulta mucho más difícil de manejar. También puede ocurrir que las fuentes de apoyo varíen en las distintas fases de enfermedad (Krishnasamy, 1996), y en el caso de un paciente de cáncer en fase de enfermedad avanzada, puede que surjan otras fuentes (sacerdote, otros pacientes) para responder ante ciertas necesidades. Por tanto, la evaluación de la disponibilidad de apoyo social no asegura la predicción de que éste realmente ocurrirá bajo determinadas situaciones estresantes cuyas características específicas pueden afectar o dificultar la provisión de apoyo esperada, o facilitar o propiciar la no esperada.

Mientras algunos estudios evalúan la disponibilidad de apoyo, otros examinan su "realización" (*enacted support*), es decir, la utilización real de esos recursos de apoyo disponibles (Tardy, 1985). El término "**apoyo real**", tal y como nosotros lo definimos, se ha venido identificando con otros como "*apoyo activado*", (Durá y Garcés, 1991) "*apoyo utilizado*" (Lemos Giraldez y Fernández-Hermida, 1990) "*apoyo recibido*" (Saranson et al., 1994, Gracia Fuster, 1995 Barrón, 1996; Krishansamy, 1996), "*apoyo proporcionado*" (Gracia Fuster; 1995) "*conductas de apoyo referidas*", (Winemiller et al., 1993) entre otros. Desde el **apoyo real** se subraya el análisis de las transacciones que se producen entre la persona-entorno y el apoyo que de hecho se da. La

evaluación del **apoyo real** se lleva a cabo preguntándole al sujeto retrospectivamente por sus últimos acontecimientos estresantes y el apoyo que recibió, y se intenta situar al paciente en el momento que vivió la o las situación/es estresante/s (Barrón, 1996). Se evalúa, por ejemplo, respecto de un determinado periodo, o respecto de uno o más acontecimiento estresantes específicos que le han ocurrido al sujeto o le están ocurriendo. La pregunta no sería en relación a una situación hipotética, sino respecto de una situación que ha ocurrido (Barrera, 1980; 1981). Las situaciones pueden haber finalizado cuando se realiza la evaluación pero se pide al sujeto que informe y recuerde el apoyo que recibió en ese momento. También se evalúa el apoyo real ante situaciones estresantes que aún persisten, por ejemplo con enfermos crónicos. En este caso la información sobre apoyo se restringe a un acontecimiento estresante concreto y que además está ocurriendo en la actualidad. Así, el sujeto informa del apoyo que recibió o que está recibiendo realmente. Éste tipo de evaluaciones del apoyo social completarían, junto con las evaluaciones de disponibilidad de apoyo, la dimensión de “Disposición” (Tardy, 1985) ya mencionada.

Durá y Garcés (1991), y Winemiller et al.(1993) identifican ésta forma de evaluación del apoyo social con las acciones o conductas de apoyo específicas que tienen lugar enfatizando la descripción de las mismas. En ocasiones, esta forma de evaluación del apoyo social se ha referido al apoyo que otras personas próximas dicen proporcionar, condicionando el que éste sea evaluado desde un proveedor de apoyo (Gracia Fuster, 1995). Sin embargo, lo que realmente define el apoyo real o activado, es la ocurrencia del mismo, no la referencia a la descripción de las conductas de apoyo o a la fuente que informa. De hecho, el esquema de Tardy (1985) sobre las dimensiones de evaluación incluye la dimensión de Descripción/Evaluación y es en ella dónde se incluye cómo variables a evaluar la descripción de las conductas de apoyo y/o la satisfacción con el mismo. Además, Tardy (1985) muestra la posibilidad de que tanto desde la evaluación de la disponibilidad de apoyo o del apoyo real (dimensión de “Disposición”) se pueda abarcar la descripción de conductas de apoyo y la evaluación del las mismas (dimensión Descriptiva/Evaluativa). Por tanto, la descripción de conductas de apoyo, puesto que también pueden ser evaluadas desde la

disponibilidad percibida, no es un criterio de clasificación entre lo que sería la evaluación de disponibilidad de apoyo o de apoyo real.

Otros autores han identificado el término apoyo real con apoyo recibido. Es verdad, que frecuentemente es el receptor de apoyo quién informa, aunque debemos considerar que este tipo de evaluaciones también pueden llevarse a cabo desde otras fuentes de información. El término “recibido” se enmarca en la primera dimensión de Tardy (1985) de “Dirección” del apoyo, según sea la evaluación realizada desde el proveedor (provisto) o desde el receptor (recibido). Mientras que la evaluación del apoyo real o de la disponibilidad de apoyo pertenece a la dimensión de “Disposición”. La combinación de ambas dimensiones podría dar lugar a la evaluación del apoyo “provisto real”. En éste sentido, nos parece más coherente, no identificar el término de apoyo real con apoyo recibido, pues igual que en la disponibilidad, el apoyo real puede ser evaluado tanto desde el proveedor como desde el receptor de apoyo. Además y enlazando con la tercera dimensión (Descripción/Evaluación) de Tardy (1985), receptor o proveedor pueden informarnos acerca de proveedores, contenidos de apoyo y satisfacción con el mismo.

Por último, cabe comentar que mientras autores como Barrón (1996), Gracia Fuster (1995) subrayan que las evaluaciones del apoyo real se situarían fuera del marco de lo subjetivo y de lo cognitivo, otros autores con el término apoyo percibido no diferencian entre disponibilidad de apoyo o apoyo real (Winemiller et al.,1993). Winemiller et al.,(1993) refiere el término percibido a cualquier información subjetiva sobre la provisión o recepción de apoyo, y éste puede ser real o disponible. Evaluar entonces apoyo real, no excluye que estemos evaluando apoyo percibido pues igualmente estaría afectado por procesos cognitivos y por la subjetividad de quién informa. Es decir, la información sobre apoyo, bien disponible o real, tanto si es referida por el receptor de apoyo o por el proveedor, está mediatizada por procesos cognitivos y subjetivos que afectarían a las variables de apoyo evaluadas.

1.3.4. APOYO SOCIAL Y PERSONALIDAD

Antes de finalizar éste capítulo, nos gustaría abordar brevemente la polémica suscitada respecto de la relación del apoyo social con determinadas variables de personalidad. Diversos autores coinciden en que es probable que la disponibilidad de apoyo, puesto que se refiere a lo que una persona cree o espera y ésta creencia o expectativa resulta ser bastante estable en el tiempo, dependa de determinadas características de personalidad o factores disposicionales (Schwarzer y Leppin, 1991; Saranson et al., 1990, 1994; De Ridder y Schreurs, 1996, Procidano y Heller, 1985). La existencia de ciertos rasgos personales puede favorecer que las situaciones se perciban como de apoyo (Procidano y Heller, 1985). Por su parte, Sarason y cols., (1983, 1990; 1994) proponen que la percepción de apoyo social, es decir la disponibilidad percibida, podría considerarse como una característica de la personalidad, que han denominado "*sentimiento de apoyo*". Otra faceta de la personalidad que refleja la medida en que una persona cree que es amada y valorada por otros se relaciona con lo que los autores han denominado un *sentimiento de aceptación*. Desde ésta perspectiva, las relaciones tempranas que se establecen en la infancia perfilan el patrón de las que se establecen a lo largo del ciclo vital y determinan el desarrollo de las expectativas acerca de la disponibilidad de los demás, así como de las creencias acerca de la medida en que se es aceptado. Éstas expectativas y creencias configuran lo que Bowlby (1969; 1973; 1980) denomina "modelos internos de representación": acerca del mundo y de sí mismo. Éstos influyen en el modo en que se perciben las relaciones sociales, en la propensión a interpretar determinadas acciones como conductas de apoyo y en el desarrollo y funcionamiento de un sujeto en su entorno. Si por un lado la calidad de las relaciones en época temprana puede favorecer los sentimientos de aceptación y disponibilidad de apoyo, diversos investigadores sugieren que éstos pueden ser alterados a través de las experiencias y relaciones mantenidas en la edad adulta (Main y Goldwyn, 1984; Main et al., 1985; Egeland et al., 1988.). Como resultado, se asume que las percepciones de apoyo están moduladas tanto por las experiencias tempranas como por las más recientes y específicas de cada relación significativa (Gracia Fuster, 1995)

El estudio de Sarason et al (1983) demostró cómo la mayor disponibilidad de apoyo percibida se asociaba positivamente con Extraversión, Autoestima, y Optimismo, y

negativamente con Neuroticismo. En el mismo sentido, otros trabajos confirman que el apoyo social se relaciona con las distintas variables mencionadas (Pastor, M.A, 1992; Mestre et al, 1993). Por su parte, también la autoestima se relacionó con la cantidad de apoyo emocional recibido y con la búsqueda activa de ayuda (Dunkel-Schetter et al., 1987; Conn y Peterson, 1989). Es decir, los sujetos con más alta autoestima o más extrovertidos podrían esperar más apoyo o mayor número de fuentes proveedoras de apoyo, o bien, esperan que los resultados de la búsqueda de apoyo sean positivos y, por tanto, tienden a buscarlo en situaciones de necesidad. Otras variables relacionadas con la percepción del apoyo social son las Habilidades sociales, los estilos de afrontamiento y el Locus de Control. Así las personas con mayores habilidades sociales obtenían puntuaciones más elevadas en apoyo social (Saranson et al., 1985; Cohen et al., 1986). Por su parte, un elevado sentimiento de apoyo y aceptación se relaciona con estilos de afrontamiento más efectivos (Kerr et al., 1987; Sarason et al., 1989). Finalmente, mientras que las personas con locus de control externo mantienen un mayor número de intercambios de apoyo (Pastor, 1992) las de locus interno parecen obtener un mayor beneficio del apoyo social (Sandler y Lackey, 1982; Eckenrode, 1983; Lefcourt et al., 1984)

Saranson et al., (1994) consideran que el sentido de aceptación o de sentirse apoyado, referido como una característica estable de personalidad puede contribuir en la percepción de apoyo social, separadamente o de modo independiente de las transacciones reales de apoyo que el ambiente ofrece en una situación determinada. Como dice Vaux, (1988) percibir apoyo social aunque esta percepción sea producto de la influencia de determinadas variables de personalidad, y realmente no se reciba, aumentará el bienestar psicológico y puede tener efectos beneficiosos sobre las personas. Es decir, por un lado, la percepción de un sujeto acerca de su disponibilidad de apoyo o del apoyo que de hecho se le presta ante una situación determinada puede diferir de las transacciones o acciones de apoyo objetivas que le son ofrecidas. Así, podría pensar que dispone de más apoyo del que realmente tiene, o informarnos de que recibe más apoyo del que le es ofrecido en una situación de crisis. Pero por otro lado, si en una o más situaciones de necesidad a lo largo de su vida percibe menos apoyo del esperado, éstas experiencias influyen sobre su esquema o representación cognitiva de su sistema de apoyo. Lo que significa que, si en un momento determinado hace falta apoyo social y no se obtiene esto puede tener un

efecto negativo sobre un sujeto, alterando su sentido de aceptación y valía, así como sus expectativas sobre disponibilidad de apoyo.

En resumen, las relaciones sociales y el apoyo de otros fomentan el sentido de valía personal y las habilidades de relación, por lo que las relaciones entre apoyo social y las variables mencionadas parecen muy coherentes. Sin embargo, y en nuestra opinión, definir el apoyo social exclusivamente como una variable de personalidad, no da cuenta de la relación bidireccional que se establece. Pues, las relaciones sociales y el apoyo de otros, fomentan el sentido de valía personal y de las habilidades de relación, y éstas, a su vez, facilitan el mantenimiento de dichas relaciones sociales y de apoyo. La sensación de sentirse querido o estimado que tiene un sujeto parte de su valoración de las experiencias cotidianas, positivas y traumáticas, que le han acompañado a través de las distintas etapas de su vida, y éstas, determinan en cierto modo nuestra evaluación del apoyo social disponible y nuestra valoración de determinadas acciones como conductas de apoyo. Finalmente, lo más importante parece ser si el sujeto percibe o no apoyo, sea éste evaluado desde la disponibilidad o como apoyo real y se corresponda en mayor o menor medida con las transacciones objetivas de apoyo. Por el momento, las relaciones entre distintas variables de personalidad y apoyo social, o la propuesta de considerar la disponibilidad del apoyo como una característica de personalidad, deberán considerarse más detenidamente antes de establecer conclusiones al respecto.

La exposición que hemos presentado refleja la complejidad del constructo de apoyo social, la cantidad de variables que están implicadas en su definición y la gran variedad de combinaciones que de las mismas son posibles a la hora de evaluarlo. Las distintas formas y situaciones específicas bajo las que se ha evaluado el apoyo social, parecen ser las responsables de la heterogeneidad conceptual y metodológica mostrada en la literatura. A continuación, revisaremos los distintos instrumentos de evaluación de apoyo social en general, y en particular, en la enfermedad crónica. Para ello, partiremos de los cinco ejes fundamentales que deben considerarse en la evaluación del apoyo social (Tardy, 1985). En función de éstos se describirán cada uno de los instrumentos y formas de evaluación del apoyo social que han sido revisados en la literatura.

2. EVALUACION DE APOYO SOCIAL

Debido a la complejidad de este constructo, existe una gran variedad de instrumentos de evaluación que se caracterizan principalmente por su heterogeneidad. El carácter multidimensional del apoyo social y la distinción entre aspectos estructurales frente a los funcionales son, entre otros, algunos de los factores que han contribuido a esta proliferación y diversidad instrumental. House y Khan (1985), autores de referencia para describir la complejidad de este constructo, proponen algunas recomendaciones respecto de las variables y aspectos a considerar a la hora de evaluarlo:

- Siempre que sea posible se deben medir al menos dos, y preferiblemente tres, de los aspectos implicados en el constructo (existencia y cantidad de relaciones, aspectos de estructura de la red y contenido y calidad de esas relaciones).
- El número de personas o relaciones consideradas en la evaluación debe limitarse (entre 5-10 personas), pues a partir de éste número no se han constatado asociaciones de mayor número de relaciones o miembros y resultados en salud. Las medidas de estructura de la red deben ser consideradas selectivamente pues sólo algunas de ellas parecen ser relevantes (densidad, reciprocidad y composición de la red (género, número), y además, la evidencia empírica para el uso de éstas, en cuanto a calidad y resultados, es mucho menor comparada con la obtenida de la existencia y cantidad de relaciones en sí mismas.
- Se debe evaluar la cantidad y calidad del apoyo, es decir, no solo cuánta gente provee de apoyo, sino también cuánto apoyo proveen y en qué medida es adecuado. Respecto de los tipos de apoyo, el apoyo emocional es el que presenta mayor número de relaciones con índices de salud, directas o indirectas. Por ello, preferentemente debe evaluarse el emocional, y en segundo lugar, el resto. Se debe permitir que quien nos informa del apoyo mencione determinadas personas cercanas, y añadir el rol o los roles que éstas desempeñan y sean cruciales para un estudio en particular.

A pesar de las sugerencias y propuestas de distintos autores para unificar criterios respecto de cómo abordar la evaluación del constructo de apoyo social, en los trabajos empíricos predomina la diversidad más que la uniformidad. Las revisiones empíricas llevadas a cabo por distintos autores (House y Khan, 1985; Heitzman y Kaplan, 1988; Vaux, 1988; O'Really, 1988 Cit en Gracia Fuster; 1995 Vaux ; 1992 Cit en Gracia Fuster; 1995 Winemiller et al; 1993) en el área del apoyo social lo confirman. En una revisión inicial sobre instrumentos de apoyo social, O'Really (1988; Cit en Gracia Fuster; 1995) observó que entre los propios investigadores se han producido ciertas confusiones conceptuales como "resultado de incluir componentes de la red social en la concepción del apoyo social". Además un número considerable de instrumentos operacionalizaban el apoyo social sin referencia teórica alguna, o bien, en otros, a pesar de poseer un claro referente teórico, no se operacionalizaba en función de éste. De este modo, se han producido numerosos instrumentos de evaluación del apoyo social que han mostrado relaciones con determinados índices de salud, pero *"lo que no queda claro es qué entendían éstos investigadores por apoyo social"*(O, Really; 1988 Cit en Gracia Fuster; 1995).

Los resultados encontrados en posteriores revisiones siguen resaltando las deficiencias ya mencionadas por O'Really (1988; cit en Gracia Fuster; 1995). Vaux (1992; Cit en Gracia Fuster, 1995) las resumen del siguiente modo: numerosos instrumentos están limitados a tres o menos ítems lo que condiciona su fiabilidad y la representatividad del constructo; pocos instrumentos han tenido una aceptación general y la mayoría son utilizados exclusivamente por quienes lo diseñaron; pocas medidas presentan análisis psicométricos exhaustivos y la elección de muchas de ellas obedece más a aspectos prácticos que psicométricos o teóricos fundamentados. Por su parte, Winemiller et al; (1993) revisando la metodología de un total de más de doscientos trabajos sobre apoyo social, confirma que es relativamente infrecuente el uso de definiciones operativas que los avalen. Existe un alto porcentaje en los que se evalúa el apoyo en términos globales e inespecíficos y donde, además, la metodología de evaluación no queda explícitamente reflejada. Alrededor de un 61% de los trabajos utilizan instrumentos de apoyo social noveles, y algunos de ellos, carecen de las suficientes propiedades psicométricas (Vaux, 1988, Cit en Barrón, 1996). Por su parte, es bastante común que las evaluaciones de apoyo se hayan

llevado a cabo desde el receptor. En la revisión realizada por Winemiller et al; (1993) sólo en un 6.5% lo evalúa desde el proveedor. La mayoría de trabajos se centran en la disponibilidad de apoyo más que en el apoyo real, y los proveedores de apoyo, o las relaciones entre tipos de apoyo y proveedores no se concretan. Por último, en muy pocos trabajos se informa de otro tipo de variables estructurales o del estado marital, nivel educativo, edad, sexo, entre otras.

A la vista de los resultados, casi podríamos decir que la definición del constructo más que haber concluido sigue en continuo desarrollo, y que a través de las distintas investigaciones se progresa lentamente en la complejidad del mismo. Por tanto, aún nos encontramos, en una fase de desarrollo conceptual y metodológico del apoyo social en la que teoría e investigación se complementan, y los resultados empíricos permiten análisis conceptuales más detallados. De esta manera, el concepto de apoyo social ha ido creciendo y exige de un esfuerzo común que dirija las investigaciones en este campo hacia definiciones operativas de los conceptos a evaluar, de la metodología y procedimiento de evaluación, y de la adecuación del instrumento respecto de los objetivos y ámbito de estudio. Detallar todos estos aspectos tanto en el caso de instrumentos originales, y concretarlos respecto de los ya disponibles y de otros adaptados, es especialmente importante en el estudio del apoyo social.

A la hora de seleccionar un instrumento de evaluación cada investigador debe valorar si existe la posibilidad de utilizar o adaptar los ya disponibles cuándo éstos estén avalados, en términos de adecuación y propiedades psicométricas. A pesar de ello, esto no significa que la construcción de nuevos instrumentos esté limitada cuando la utilización de un instrumento novel puede ser la opción más conveniente. En este sentido, O'Really (1988; Cit en Gracia Fuster; 1995) sugiere que ante la construcción de un nuevo instrumento de apoyo social se decida respecto de: a) la especificidad de las preguntas; b) tipo de formato, y c) especificidad de las dimensiones de apoyo. Dependiendo de la especificidad de la población a quién va dirigido el estudio (enfermos, divorciados, ancianos ect) deberán recogerse uno u otro tipo de preguntas.

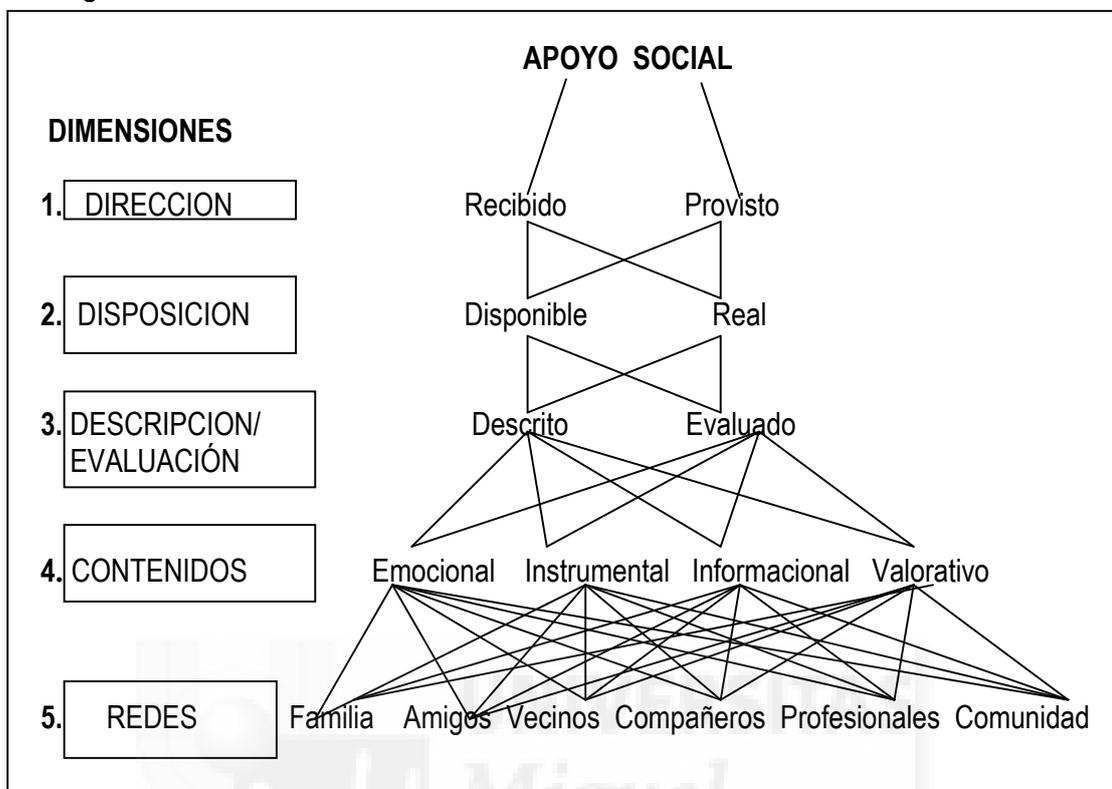
Respecto del formato del instrumento puede ser de red o de conducta, sin que éstos sean excluyentes. El de red obtiene información sobre quiénes proveen de apoyo, bien preguntando respecto de una situación de quién recibiría apoyo, o bien pidiendo un listado de proveedores y preguntando si obtendría apoyo de cada uno de ellos en distintas situaciones. En el formato de conducta el investigador se interesa por las conductas de apoyo y los proveedores de apoyo no son identificados. Por último, la especificidad de las dimensiones se refiere a la opción de obtener una sola puntuación de apoyo o puntuaciones separadas de las diferentes acciones o categorías de apoyo (emocional, instrumental ect).

Así, en función de la naturaleza del estudio y de los recursos disponibles, debemos argumentar las razones del instrumento elegido (novo o adaptado) y del marco teórico del que partimos, (Winemiller et al; 1993). De este modo, la unificación de criterios conceptuales y metodológicos permitirá la comparación de resultados de un modo más preciso. En nuestra opinión, Tardy (1985) muestra una de las alternativas más interesantes para aunar criterios de conceptualización y metodología en el área de investigación de apoyo social. De hecho, junto con House y Khan (1985), éste autor nos ha servido como marco de referencia para esclarecer, en numerosas ocasiones, determinados aspectos de este constructo. Se ha ocupado de sintetizar todos aquellos aspectos relacionados con la definición, y las diversas formas de evaluación del constructo. Por esta razón, nos servirá como punto de partida para la revisión de instrumentos de apoyo social que presentamos en el próximo apartado.

2.1. INSTRUMENTOS DE APOYO SOCIAL: DIMENSIONES DE TARDY (1985)

Tardy (1985), presenta un diagrama a modo de árbol decisional compuesto por cinco dimensiones que describen las diferentes opciones disponibles en la evaluación del apoyo social (Ver diagrama 6). Éste diagrama aunque no pretende ser exhaustivo, actúa como un punto de referencia donde enmarcar los trabajos de investigación sobre apoyo social llevados a cabo desde las distintas perspectivas de estudio y niveles de análisis.

Diagrama 6



Tomado de Tardy (1985)

A continuación describiremos cada una de las dimensiones expuestas en el Diagrama 6 retomando algunas cuestiones que no quedan reflejadas en él y que son fruto de las aclaraciones conceptuales mencionadas en apartados anteriores.

La primera dimensión hace referencia a la conceptualización bidireccional en el apoyo social: puede ser dado o recibido. En esta dimensión se precisa la fuente desde donde se evalúa el apoyo. Los investigadores pueden decidir entre una, otra o ambas. En el caso del informe sobre apoyo desde el receptor, hablamos de **apoyo recibido** mientras que cuando el informe se realiza desde el proveedor en nos referimos a **apoyo provisto**. En ambos casos, supone un **informe subjetivo**, y por tanto, es **apoyo percibido** por una u otra fuente (Winemiller et al; 1993). A pesar de que la mayoría de estudios eligen quién recibe el apoyo como fuente de evaluación, poder comparar las percepciones entre el receptor y proveedor de apoyo es un tema que suscita gran interés en la actualidad.

Desde una **perspectiva objetiva** estarían aquéllas evaluaciones realizadas mediante observación externa desde personas no implicadas en el proceso de apoyo.

La “*Disposición*” se refiere a la evaluación de la disponibilidad del apoyo. Por un lado el **apoyo disponible** o accesible, evaluado ante situaciones hipotéticas específicas en términos globales. Por otro lado, está la evaluación del **apoyo real**; el que se ha dado o se da, referido a una situación estresante específica o a un determinado período en el que ha ocurrido o está ocurriendo. Ambas formas de evaluación son posibles y en nuestra opinión incluso complementarias. En este sentido, determinar diferencialmente los efectos de uno ú otro tipo de evaluación del apoyo sobre la salud y el bienestar resulta de gran interés. La polémica respecto de la predictibilidad de la disponibilidad de apoyo sobre las evaluaciones de apoyo real ante acontecimientos vitales estresantes, supone además un reto empírico en el área de investigación del apoyo social.

Respecto de la tercera de las dimensiones, la “*Descripción/Evaluación*”. El apoyo **descrito** especifica las acciones o categorías de apoyo. Por su parte, el apoyo **evaluado** refleja la adecuación del mismo en términos de satisfacción; valorado desde el receptor o desde quién lo provee. La información de los proveedores acerca de que sus acciones o conductas de apoyo parece, o no, que cumplan la función esperada o que realmente sean útiles para el receptor, podrían dar cuenta también de la falta de adecuación del apoyo percibida por el proveedor. Ambos aspectos, evaluación y descripción se complementan y deben ser evaluados.

En cuánto al “*Contenido*”, se distinguen cuatro categorías de apoyo. Al tipo de acciones de apoyo que engloban cada una de ellas ya nos hemos referido en la descripción del constructo de apoyo social. Tardy (1985) añade entre los contenidos de apoyo el de tipo valorativo. Otros autores proponen clasificaciones alternativas de las categorías de apoyo, sin embargo, las de apoyo instrumental, informacional, y emocional son las que con mayor frecuencia han sido citadas. En cualquier caso, tal y como el autor sugiere ésta clasificación no es exhaustiva, permitiendo la posibilidad de otras nuevas.

La última de las dimensiones, “Redes”, alude a la característica transaccional e interpersonal del apoyo integrando términos más específicos que son mencionados en la literatura sobre apoyo social, como proveedores, fuentes, y relaciones íntimas. Tardy (1985), prefiere mantener el término redes, pues considera que representa mejor la dimensión social del apoyo y engloba las diferentes maneras en que se ha evaluado.

Uno de nuestros objetivos ha sido revisar y clasificar los instrumentos de apoyo social utilizados para la investigación en éste área, en particular, de los que se informa acerca de sus propiedades psicométricas. Existen varias taxonomías y formas de clasificación de los mismos. Por ejemplo, diferenciar los instrumentos que se centran preferentemente en aspectos estructurales de los funcionales, o bien, clasificar según partan de uno u otro nivel de análisis, entre otras. Nosotros, hemos utilizado el esquema aportado por Tardy (1985) para clasificar los instrumentos, pues nos permitirá así, estructurar la información según el número de dimensiones de las que dispone cada instrumento. (Ver Tabla 2.1)

De esta revisión, cabe destacar la heterogeneidad de los instrumentos encontrados y la diversidad respecto del número y descripción de las dimensiones de evaluación que cada uno de ellos refiere. La Disposición, referida a la evaluación de apoyo disponible o real, en muchos instrumentos tal y cómo se formulan sus ítems se confunden. Así, podrían hacer referencia a ambos tipos de evaluación. En el caso, de la Descripción/Evaluación, ocurre algo similar. En algunos casos, los ítems reflejan acciones específicas de apoyo, y otras veces, percepción global de sentirse querido, aceptado o respetado. sin concretar las acciones que, en nuestra opinión, conducirían a este resultado. Pero además, en ocasiones resulta difícil inferir como evalúan la adecuación, pues las respuestas a los ítems de apoyo aparentemente podrían referirse más a cantidad de apoyo que a calidad. Por tanto, por un lado, la complejidad conceptual y metodológica del constructo de apoyo, y por otro lado, la interconexión de las distintas perspectivas de estudio y niveles de análisis han propiciado cierta arbitrariedad y confusión operativa en el área de investigación que nos ocupa. Estos problemas metodológicos los abordaremos con mayor detalle en el apartado siguiente para, finalmente, exponer las razones que justifican la elección de nuestro instrumento de evaluación de apoyo social.

2.2. EVALUACION DEL APOYO SOCIAL: ANÁLISIS Y CONFUSION OPERATIVA

A pesar de las recomendaciones y el esfuerzo de algunos autores por unificar criterios de evaluación, aún resulta difícil llegar a un consenso respecto de las dimensiones evaluadas en los distintos estudios que aquí se han revisado. Estos problemas se refieren tanto al nivel de análisis del que se parte en los distintos trabajos, como al modo en que luego se han operativizado las distintas variables de estudio.

En primer lugar, respecto de los niveles de análisis, encontramos trabajos en los que medidas, que se adscriben bajo el concepto de apoyo social o de redes sociales, se operativizan mayoritariamente en términos de existencia y cantidad de relaciones sociales. Por ejemplo, preguntas del tipo “Mis amigos me respetan”, (Mestre et al; 1993) o “Soy respetado por el resto de la gente” (Vaux et al; 1986, Vaux, 1987) podrían referirse en mayor medida a la existencia de relaciones y a cómo éstas pueden contribuir a las autoevaluaciones positivas del sujeto (House y Khan, 1985 ; Thoits, 1985 ; Cohen, 1988 ; Vaux et al; 1986 ; Vaux, 1987; Barrón , 1996). Estos ítems además, no reflejan otros aspectos importantes de la evaluación del apoyo social y de las variables que se adscriben bajo este concepto, cómo la calidad del mismo.

Otros ítems, que en el mismo caso harían referencia más a la existencia o cantidad de relaciones, serían “Me reúno con mis amigos por las tardes” o “Pertenezco a un equipo, club o pandilla” (Mestre et al, 1993). A nuestro parecer si la intención con estos ítems es medir desde el marco de las relaciones sociales y la integración, el constructo de apoyo social, entonces cumplen el objetivo propuesto. Sin embargo, para atender a las variables de funcionalidad del apoyo social (emocional, informacional, o instrumental), algunas cuestiones más específicas quizá serían más útiles. Por ejemplo, preguntas del tipo ¿Con quién podrías contar si tú o un amigo tuviera un accidente y estuviera hospitalizado ? (Saranson et al.; 1983) permiten identificar la disponibilidad de apoyo, aunque en este caso la evaluación del tipo de apoyo no se detalla, pues podría ser, acompañarle, solucionar problemas por él o ella ect.. Todavía más concretas, serían aquéllas cuestiones del tipo “Mis amigos me escuchan cuando expreso mis sentimientos” o “Cuando tengo

problemas mis padres me proponen soluciones” (Mestre et al; 1993). Éstos últimos atienden al concepto de apoyo social y se aproximan al tipo de variables que se adscriben en éste nivel de análisis. Es decir, permiten obtener información acerca de quién presta el apoyo y del tipo de apoyo que recibe, aunque quedaría por evaluar la calidad del mismo.

En otros trabajos se han preocupado de estudiar determinadas características de la red con el objetivo de abordar así el estudio del constructo de apoyo social en toda su complejidad. En el caso, del “tamaño de red”, una de las que mayoritariamente se ha trabajado, ésta acaba siendo más una medida concreta de cantidad de relaciones sociales o de proveedores que de red en términos generales. Un ejemplo claro sería el evaluar el tamaño de la red a través de las respuestas de los sujetos a preguntas del tipo ¿Con quién/es te gustaría hacer actividades como ir a cenar, ir al cine, dar un paseo ect.. ? (Veiel., 1990 ; Vázquez-Morejón y García Bóveda, 1997) o listar un número de personas con las que puede contar un sujeto para recibir apoyo en una situación específica (Sarason et al., 1983, Norbeck et al; 1981; Revenson et al; 1991, 1992). En este caso, el sujeto podría responder acerca de aquellas personas con las que suele hacer determinadas actividades, o que le proveen de apoyo, pero éstas no son las únicas que estarían en su red social entendida en sentido amplio. Es decir, podríamos pensar qué con determinados miembros de la red mantengo relaciones específicas, por ej. de trabajo, que formarían parte de mi red social pero con los que no contaría para determinadas actividades o en determinadas situaciones de crisis. Es probable, que entonces, no los mencione ante preguntas específicas sobre la realización de determinadas actividades o ante situaciones estresantes que podrían ocurrir. Éstos podrían ser proveedores potenciales en la red que no se reflejarían, a no ser que, por ej. se aludiera a situaciones relacionadas con el ámbito laboral. En resumen, es cierto que para un sujeto que nos menciona un listado de personas de las que percibe apoyo, éstas serían proveedores de apoyo, y nos informarían también de una parte de su red social, y a su vez de la existencia de relaciones sociales con ellos, pero éstos tres niveles de análisis no pueden considerarse idénticos. Por esta razón, es importante determinar cada uno de ellos, las variables que les pertenecen y operativizarlas desde el marco conceptual que las delimita.

En segundo lugar, centrándonos en el modo en que han sido operativizadas las variables de apoyo, en ocasiones, no resulta fácil decidir si determinado instrumento representa uno u otro aspecto de una dimensión o incluso ambos. Esto es especialmente, complejo respecto de las dimensiones de Disposición y Descripción/Evaluación, tal y como hemos comentado.. En este sentido, , hemos clasificado como instrumentos que evalúan **Disponibilidad** aquéllos cuyos ítems son formulados respecto de situaciones hipotéticas o generales, o bien, incluyen ítems en términos de sentirse apreciado, querido, respetado ect, o ambas cosas. Entre ellos, en primer lugar, Vaux et al; (1987) básicamente alude en términos generales a situaciones que podrían ocurrir, por ejemplo: “Imagina que tienes algún tipo de problema”. Recogen información sobre quién o quiénes podrían hacer determinadas cosas para ayudarte o apoyarte. En este caso, se evalúa la creencia o expectativa respecto de las personas que llevarían a cabo determinadas acciones de apoyo ante una situación problemática que se formula con grados de especificidad variable. En segundo lugar, estarían los que mayoritariamente incluyen preguntas del tipo “Cuando confío en mis amigos me siento bien” (Prociano y Heller; 1983), o “Yo soy amado y querido por mi familia” (Vaux et al; 1986, Vaux, 1987). Aunque éstos instrumentos también serían clasificables en parte cómo de apoyo real, (Tardy, 1985) básicamente evalúan el apoyo en términos cognitivos, como percepción de que uno es amado, querido ect. Se infiere a partir de éstas percepciones que en caso de necesidad, un sujeto tendría a quién recurrir (Sarason et al; 1994). .Por ésta razón preferimos describir dichos instrumentos, como evaluaciones de apoyo disponible Finalmente, otro tipo de instrumentos incluyen ambas cuestiones, por ejemplo, “¿quién o quiénes te harían sentir realmente apreciado? junto con otras como “¿con quién cuentas realmente para que te escuche cuando necesitas hablar? (Sarason et al; 1983). Éstos últimos evalúan simultáneamente el apoyo respecto de situaciones específicas probables, así como, otros aspectos cognitivos del apoyo social (Norbeck et al; 1983; Sarason et al, 1983; Mestre; 1993; Courneya y McAuley; 1995).

En cuánto a los instrumentos clasificados como de evaluación de **apoyo real**, encontramos los que se refieren explícitamente al momento actual (Henderson et al; 1980) a un periodo de tiempo (Barrera et al; 1981, Stansfield y Marmot; 1992) o a una situación específica y problemática que ha ocurrido o persiste (Funch et la; 1986; Revenson et al,

1991; 1992 Bottomley, 1995). Éstos últimos se han centrado en situaciones de enfermedad como padecer cáncer o dolor cónico, o bien otras como estar a dieta.(Ver Tabla 1). El instrumento de McFarlane et al; (1981) evalúa apoyo real y se refiere a áreas potenciales de estrés (económico, laboral, salud, familia, ect.), preguntando “Con quién o quiénes ha discutido acerca de ellas?. Este instrumento examina determinadas situaciones aunque no llega a detallar específicamente la ocurrencia de las mismas o el problema concreto.

Por último, nos encontramos con determinados cuestionarios que incluyen ítems referidos tanto a **disponibilidad** como a evaluación del **apoyo real** Por ejemplo, Barrerra et al (1980-1981) incluye preguntas como *¿A quién podrías ir si necesitas consejo?*, además de otras del tipo *¿Quién realmente te dio apoyo el mes pasado?*. En el mismo sentido otros autores (Veiel; 1990; Vázquez-Morejón y García Bóveda, 1997) realizan cuestiones hipotéticas como *“Imagina que estuvieras gravemente enfermo y encamado, ¿quién cuidaría de ti?”* junto a otras como, *“¿Con quién has hablado sobre tus problemas durante la semana pasada?”* o de modo similar, *“Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos”* junto con cuestiones tales como *“Recibo visitas de amigos y familiares”* (Bellón Saameño et al; 1996) (Ver Tabla 1). Ambos aspectos pueden evaluarse sin ser excluyentes, sin embargo, detallarlos y analizarlos diferencialmente respecto de las variables criterio permitiría la comparación más precisa con otros instrumentos

Por otro lado, en ocasiones la evaluación del apoyo social se ha llevado a cabo con sujetos que sufren en la actualidad una situación estresante determinada (padres de niños con cáncer; o enfermos de salud mental). En nuestra opinión, podría ser más coherente que determinadas preguntas sobre disponibilidad que se formulan en términos de probabilidad (*“Si estuvieras gravemente enfermo”* o *“Si un amigo o un familiar cercano muriera”*) fueran referidas a la situación actual, adaptarlas, y medir apoyo real, o en algunos casos nos cabe la duda acerca de la pertinencia de realizarlas. No podemos olvidar que desde una perspectiva contextual de evaluación del apoyo social, hemos de atender a las variables implicadas en una determinada situación. En este sentido, si es aplicado a una muestra de pacientes crónicos, tenemos que plantearnos qué instrumento

es adecuado para qué muestra específica, y si dadas las características de la situación es importante evaluar apoyo real o disponible.

Respecto de la dimensión de Descripción/Evaluación, hemos considerado como **descriptivos** aquéllos instrumentos que en sus ítems reflejan las distintas acciones o formas de apoyo. Como instrumentos de **Evaluación** consideramos los que permiten evaluar satisfacción o adecuación del apoyo. Por último, se encuentran aquéllos que combinan ambas cosas; descripción de acciones y evaluación. Los puramente descriptivos (Barrera, 1981; Procidano y Heller; 1983; Vaux et al; 1987; Revenson et al; 1991; 1992) se centran en detallar distintas formas de apoyo independientemente de que éstas sean evaluadas por el receptor como adecuadas o satisfactorias dadas sus necesidades específicas. Otros instrumentos aquí clasificados son aquéllos cuyos ítems son del tipo “Me da información o consejo” o “Me escucha” (Revenson et al; 1991; 1992) y otros como “Me sugeriría hacer algo para distraerme” (Vaux et al; 1987) a los que se responde en función de frecuencia o de la cantidad de personas que podría realizar éstas acciones de apoyo (Ver Tabla 1). Por su parte, respecto de los evaluativos, encontramos el instrumento de Funch et al (1986), en el que se pregunta acerca de cuánta ayuda le ha prestado cada proveedor en términos globales. sin aludir a formas distintas de apoyo

La gran mayoría de instrumentos refieren tanto la descripción de las acciones de apoyo como la evaluación de las mismas. Los hay que formulan sus respuestas en términos de acuerdo y desacuerdo (Vaux et al; 1986, Vaux, 1987;) y sus ítems se refieren básicamente a percepción de sentirse estimado, respetado. Otros combinan ítems de apreciación junto con acciones específicas de apoyo (Norbeck et al.; 1983; Courneya y McAuley; 1995) y el tipo de respuestas se refieren a cuánto podría ayudarle determinada persona (Norbeck et al, 1983), o se formulan en términos de grado de acuerdo (Courneya y McAuley; 1995). Sarason (1983) pregunta en términos de satisfacción global con el apoyo prestado, y mantiene ésta misma línea incluyendo ambos tipos de ítems. Algunos, describen acciones concretas de apoyo (prestar dinero, consejo, tomar decisiones ect) y la evaluación de la adecuación está representada por un mayor deseo respecto de dichas acciones (Henderson et al; 1980; Barrera et al; 1980-81; Veiel, 1990; Stannsfeld y Marmot; 1992; Bottomley; 1995; Bellón Saameño et al; 1996; Vázquez Morejón y García Bóveda) Un

caso concreto lo representa McFarlane et al; (1981) quién evalúa en qué medida le sirve de ayuda a un sujeto hablar o discutir sobre determinadas áreas problemáticas, e incluye respuestas del tipo “empeora las cosas” hasta “me sirve de mucha ayuda”. Como hemos visto, a pesar de que todos éstos instrumentos describen y evalúan el apoyo social, existe una gran diversidad respecto de la globalidad o especificidad en cuánto a las formas de apoyo y del tipo de respuestas utilizadas como índice de valoración de la adecuación del mismo. En general, la evaluación de la adecuación del apoyo social, ha sido referida tanto en términos de satisfacción con el mismo (Sarason; 1983; Diaz Veiga; 1987) o relacionadas con si se desearía más apoyo ú otro tipo (Henderson et al; 1980; Barrera et al; 1980-81; Veiel, 1990; Stansfield y Marmot; 1992; Bottomley; 1995; Bellón Saameño et al; 1996; Vázquez Morejón y García Bóveda; 1997).

Para terminar, brevemente nos referiremos al resto de las dimensiones. Respecto de la Dirección, claramente el apoyo social era evaluado siempre desde el receptor. En cuanto a la de contenidos, como criterio nos hemos referido a la categorización de las diferentes acciones de apoyo en términos de las dimensiones de Tardy (1985). Es así que, algunos de ellos especifican el mismo número de dimensiones con contenidos de apoyo similares (Barrera et al; 1981; Revenson et al; 1991, 1992 ; Stansfeld y Marmot, 1992). Otros no se especifican en la descripción del instrumento o lo hacen de un modo ambiguo, o no constan datos de análisis según categorías de apoyo (Henderson et al; Barrera et al 1980-81; MacFarlane et al: 1981; Sarason et al; 1983; Funch et al ; 1986). Éstos coinciden con instrumentos donde básicamente se ha evaluado percepción de apoyo como sentimientos globales de apreciación y de sentirse querido. Finalmente, existe otro grupo de instrumentos dónde el número de categorías de apoyo no es comparable con las de Tardy (1985) en términos de número, por exceso o defecto, o en términos de contenidos o ambas cosas. En la revisión de instrumentos este aspecto viene reflejado con un signo de desigualdad (Ver Tabla 1). Por último, respecto de la dimensión de redes, se han clasificado los instrumentos en función de la disponibilidad de información acerca de los proveedores de apoyo. Cuando el número de redes exploradas era similar las opciones propuestas por Tardy (1985) esto queda reflejado como “Proveedores”. Cuando eran en número menor éstas se describen. Finalmente, cuando no constan o sólo se alude al tamaño de red hemos reflejado que no se especifican (NSE). (Ver Tabla 2.1)

Resulta difícil clasificar la variedad de instrumentos presentados en la tabla desde las dimensiones de Tardy (1985). Dos dimensiones parecen ser conflictivas en mayor medida; la de Disposición y la de Descripción/Evaluación. De ellas, nos hemos ocupado en mayor medida debido, por un lado, a su complejidad, y por otro lado, a un interés particular por mostrar en detalle las distintas formas de evaluación del apoyo en términos operativos. Como resultado de esta revisión encontramos que, en ocasiones, falta información específica por parte de los autores acerca del marco conceptual del que parten y de los aspectos metodológicos implicados. Otras veces, éstos son referidos en cierto modo, sin embargo la revisión de los cuestionarios y de cómo han sido operativizadas las variables del apoyo no acaba de fundamentar los términos conceptuales expuestos, y suscita cierta confusión. Por lo tanto, respecto de algunos instrumentos, hemos adoptado determinados criterios de clasificación que han sido expuestos en este apartado. Sin embargo, éstos podrían ser susceptibles de otras clasificaciones alternativas y en función de otros criterios. Debido a la ausencia de información y falta de detalles en algunos casos respecto de la metodología y conceptualización, cada investigador acaba por adoptar uno u otro criterio dependiendo de la relevancia atribuida a uno u otro aspecto o dimensión de apoyo social mostrada. En nuestro caso, a pesar de habernos ajustado a la revisión de Tardy (1985) y al análisis del instrumento en detalle, (ítems, tipo de respuesta, procedimiento de evaluación y análisis de resultados) hemos considerado que algunos instrumentos evaluaban prioritariamente una dimensión de disponibilidad frente a la clasificación mixta (disponibilidad/real) propuesta por el autor.

A modo de conclusión, la revisión realizada muestra que bajo el concepto de apoyo social se ha venido evaluando diferentes aspectos de un mismo constructo multidimensional (relaciones sociales, red social, y apoyo social). La interdependencia respecto de los aspectos que lo componen y la gran variabilidad descrita al operativizar las variables que se enmarcan en cada uno de los aspectos de éste constructo dificultan su uniformidad conceptual y la posibilidad de extraer conclusiones globales acerca del funcionamiento y de sus efectos. Sin embargo, a pesar de los problemas conceptuales y metodológicos descritos, éstos no constituyen necesariamente una limitación para el estudio del constructo de apoyo social. La sugerencia para futuras investigaciones pasaría por

abordar la complejidad de este constructo detallando todos los aspectos conceptuales y metodológicos implicados en nuestras investigaciones (Winemiller et al.; 1993). De este modo, la comparación de resultados y el establecimiento de conclusiones partirá de determinados criterios de evaluación homogéneos.

2.3. E.A.S.P.: ESCALA APOYO SOCIAL PERCIBIDO (Rodríguez-Marín y cols., 1989)

Realmente, un problema importante en cualquier área de investigación es la elección de medidas adecuadas y, desafortunadamente, no existen medidas válidas universalmente. Es así que, un instrumento de evaluación debe ser seleccionado y/o adaptado en función de los objetivos del estudio, y de las dimensiones concretas que se evalúan en cada investigación. Centrándonos en el apoyo social a la hora de seleccionar un instrumento, como punto de partida, se sugiere tener en cuenta lo siguiente: los aspectos más importantes para la investigación, si existe un enfoque conceptual relevante para el estudio, si deben medirse los distintos aspectos por separado o no, si el instrumento se ajusta a la población objeto de estudio, y en qué muestras se han obtenido los datos de fiabilidad y validez. Asimismo, se debe tomar en consideración otros aspectos más pragmáticos como la longitud del instrumento, tiempo que se tarda en completarlo, si puede ser autoadministrado o mediante entrevista ect. (Vaux, 1988). Estos criterios guiaron la elaboración y desarrollo del E.A.S.P. (Rodríguez-Marín y cols., 1989). Este instrumento de apoyo social se ha venido utilizando en nuestro grupo de trabajo para la evaluación de éste constructo en marcos de salud, y con grupos de población enferma, concretamente pacientes crónicos. Una breve descripción del instrumento y algunos resultados preliminares serán expuestos en éste apartado, pero antes, comentaremos algunos de los instrumentos revisados en función de sus propiedades psicométricas, y de su aplicabilidad a población enferma. Para ello, nos centraremos en aquéllos que han sido aplicados a población española, o bien, a enfermos crónicos, concretamente oncológicos.

A la vista de la revisión de instrumentos cabe destacar que, en primer lugar, únicamente cuatro instrumentos de apoyo social se han aplicado a población española y se han preocupado de describir sus propiedades psicométricas. Dos de ellos, han sido adaptados a población española en los últimos años (Bellón Saameño et al., 1996; Vázquez-Morejón

y García-Bóveda, 1997) Vázquez-Morejón y García-Bóveda, (1997) han probado sus propiedades psicométricas en población enferma, específicamente en enfermos mentales. Éste, es un instrumento conceptualmente bien fundamentado y completo respecto de la evaluación del apoyo en toda su complejidad. En nuestra opinión, resulta demasiado extenso para aplicar a población enferma, pues dura alrededor de media hora, y entre sus cuestiones, algunas serían inadecuadas en el caso de determinadas muestras de estudio (ej. pacientes de cáncer). Bellón Saameño et al, (1996) presentan un instrumento breve adaptado a población española, pero su estructura factorial parece inestable y carece de información detallada acerca de proveedores de apoyo. El resto de instrumentos en versión castellana, están adaptados para poblaciones específicas; ancianos (Díaz Veiga, 1987) y adolescentes (Mestre et al, 1993). Respecto del primero de ellos, sus propiedades psicométricas son insuficientes: su consistencia interna es baja y no se describen resultados sobre validez. En el caso del instrumento para adolescentes, sus índices de validez muestran correlaciones muy bajas, presenta problemas conceptuales y de constructo, y es excesivamente largo para administrar a enfermos crónicos.

En pacientes con cáncer se han aplicado dos instrumentos. Uno de ellos, ha sido publicado recientemente y requiere que se revisen sus propiedades psicométricas con mayor detalle, además de concretar la información acerca de los proveedores de apoyo (Bottomley, 1995). El otro es el cuestionario presentado por Funch; Marshall y Gebhardt (1986) desarrollado durante los inicios en el área de investigación del apoyo social. Éste cuestionario, refiriéndose a una situación específica (estar a dieta, padecer cáncer o dolor) y respecto de un listado de proveedores propuestos, pregunta cuánto le han ayudado cada uno de ellos. Permite, por un lado, obtener información respecto de los proveedores o miembros disponibles en la red, y por otro lado, respecto del apoyo por parte de quiénes realmente proveen, y del total de apoyo incluyendo también a quiénes el sujeto no percibe como proveedores o no están disponibles. Dos aspectos llamaron nuestro interés respecto de éste instrumento: el análisis diferencial respecto de los proveedores de apoyo frente a los disponibles, y la sencillez y brevedad del mismo. El instrumento en sí mismo, así como sus propiedades psicométricas precisan de revisión y adaptación. Sin embargo, sus planteamientos sirvieron como punto de partida para elaborar un instrumento de

evaluación de apoyo social específico para población enferma, y susceptible de ser aplicado en ámbitos de salud.

El E.A.S.P. (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor; 1989) es un instrumento muy breve y de fácil administración. Fue elaborado para aplicación mediante entrevista. Permite evaluar proveedores disponibles o potenciales de apoyo, y proveedores de apoyo percibidos presentados en un listado que define la relación de cada uno de ellos con el paciente. Se añade la posibilidad de mencionar otros proveedores no mencionados. Además, evalúa adecuación del apoyo en términos de satisfacción global y respecto del apoyo percibido de cada proveedor. Por último, ofrece información sobre acciones específicas de apoyo respecto de cada uno de los proveedores. Éstas fueron referidas por los pacientes entrevistados durante la elaboración del mismo y se evaluó su adecuación en un estudio piloto. La formulación de sus preguntas es muy simple y concreta permitiendo así ser adaptado fácilmente respecto de otras enfermedades o situaciones estresantes específicas y de metodología de estudio diferentes (Ver Anexo 6) .

El E.A.S.P. evalúa **apoyo recibido** aunque permite igualmente evaluar **apoyo provisto** pues es flexible y sus preguntas se adaptan permitiendo recoger información sobre apoyo desde el proveedor. Evalúa **apoyo real** porque es referido al presente y al apoyo recibido respecto de una situación específica que es padecer una enfermedad determinada, cáncer en éste caso. Puede adaptarse a otras situaciones de enfermedad, o reestructurar las preguntas respecto de otras situaciones estresantes específicas que podrían ocurrir, evaluando así, disponibilidad. No evalúa percepción de apoyo en la dirección de sentimientos globales de apreciación o de sentirse querido o estimado. Describe acciones específicas de apoyo y evalúa la satisfacción del sujeto con el apoyo. Estas acciones, aluden a contenidos de apoyo emocional, instrumental e informacional. La contrastación empírica de estos contenidos de apoyo es uno de los objetivos de este trabajo. Por último, respecto de los proveedores incluye un listado exhaustivo que engloba a familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, además de una categoría de otros posibles.

Este instrumento se ha venido utilizando en muestras de enfermos oncológicos y con dolor crónico obteniéndose óptimos resultados en cuanto a su aplicación, y a su relación con otras variables de estudio, así como respecto de su validez de constructo. En un grupo de pacientes con dolor crónico, las variables proveedores y satisfacción con el apoyo, aparecieron asociadas con extraversión, y en sentido negativo con neuroticismo (Pastor, 1992). Por último, el número de proveedores de apoyo de la red familiar se ha relacionado en sentido negativo con índices de "Incapacidad Funcional" (López-Roig et al; 1993) en pacientes de cáncer, y la satisfacción con el apoyo prestado por la familia predijo en negativo el distrés en el caso de pacientes con dolor crónico (Pastor, M.A; 1993).

Por las razones expuestas, el E.A.S.P. se presenta como un instrumento útil y adecuado para la evaluación del apoyo social en muestras de enfermos crónicos. Los datos obtenidos de los análisis de validez realizados hasta el momento y la coherencia de sus resultados en relación con otras variables de estudio vienen apoyando su utilización. Uno de nuestros objetivos en éste trabajo será completar la evaluación de las propiedades psicométricas de éste instrumento incluyendo datos acerca de la fiabilidad del mismo y revisando de nuevo la validez del instrumento de un modo más exhaustivo.

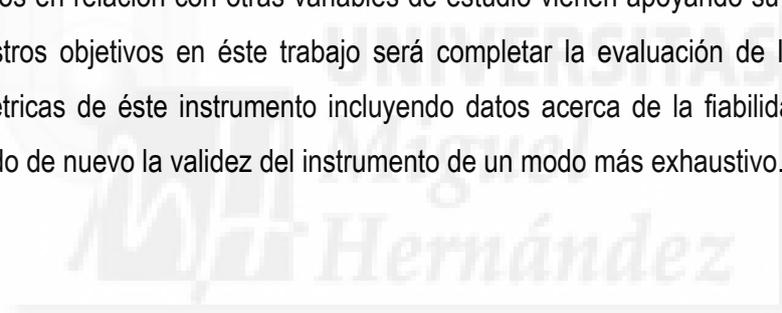


TABLA 1: INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE APOYO SOCIAL

Autores	Instrume	Variables	Dimensiones	Fiabilidad/A.Factor	Validez /Correlacion	Comentario
Henderson et al ; (1980)	ISSI N=231	Personas apoyo Vinculo afecto : amistad pertenencia	1.recibido, 2 real 3 Descr/evalua 4, 5 NSE	Test-retest (R=.75-.79) C. Interna (R=.67-.81)	Desb. social (n.s.) Personalidad E. civil, edad	Largo (52 ítems) Entrv. Entrenado No tipos apoyo No proveedores
Barrera et al. (1980-81)*	ASSIS N=45 estudiant. N2 Embaraz	Tamaño red Tipos apoyo Satisfacción Conflicto de red	1 recibido 2 disponib/ real 3 Descr/Evalua 4,5 NSE	Test-retest (N1) (R=.61-.80) Conflicto (.54) C. Interna Satisf (.33)	(N2) Conflicto: Somatización (+) Depresión (+) Ansiedad (+) Mal ajuste (+)	C. interna y Test –Retest baja en algunos aspectos No concreta proveedor
Barrera et al. (1981)*	ISSB N1estudt. N2 Embaraz	Cdtas apoyo Fre cdtas apoyo	1 recibido 2 real 3 descrito 4 = categoría 5 NSE	Test-retest (.88) Factorial: 4 F (tipos apoyo) C. Interna N1(.93) N2 (.92) Tipos apoyo (R=.71-.85)	Eventos negativos	Largo (40 ítems) No mide adecuación Walkey et al (1987) replican factorial: 3F
McFarlane et al. ; (1981)	SRS	Áreas estrés Personas Reciprocidad Utilidad discusión (≠ áreas)	1 recibido 2 Real 3 Desc/Evalua 4 NSE 5 Proveedores	Test-retest personas (R=.62-91) Utilidad (x=.87)	Dif significativas con Deseab. Social (.001)	Falta validez con ajuste Se refiere a discusión de áreas y si esto le resulta de ayuda o no. Puede limitarse a apoyo verbal más que acciones específicas (tangibles)
Norbeck et al. (1983)	NSSQ N=75 (estudia)	Proveedores apoyo Formas apoyo: Afecto, Afirmación Ayuda Relación :Tipo, duración Frecuenc.	1 recibido 2 Disponible 3 Decri/Eval 4 ≠ 5 NSE	Test-retest (R=.85-.92)	Desb.social (n.s.) Cohen Lazarus (SSQ): Emocional(+) Informativa (+)	No muestras clínicas Listado proveedor Puntuaciones de apoyo en función de nº de proveedores que explican las elevadas “r” entre proveedores y tipos de apoyo.
Procidano y Heller, (1983)	PSS-Fa PSS-Fr N=105 (estud)	Proveedores: Familia Amigos Tipos: Emocional Información y f Feedback	1recibido 2 Disponible 3 Descrito 4 ≠ 5 Famil/amigos	Factorial:2 (Fa/ Fr) C. Interna : Fa=(.90) Fr=(.80)	(Fa y Fr) Síntomas (-) Competencia social (+) Fa/Deseab soc (+) Fr/Deseab soc (n.s.) ----- Otros estudios 1y 2: Fa y Fr r=.40 Fr – Depres (n.s)	Dos categorías proveedo: amigos/ familia Unidimensionalidad del apoyo. No categorías 1. Lyons et al (1988) replica Fiabilidad/Validez en ≠ muestras (diabetes, estudiantes, psiquiatr): 2. Gazzavi (1994) replica C. Interna y validez de criterio con índices de madurez en adolescentes.
Sarason et al. ; (1983) N= 602 Estud.	SSQ : SSQ-N SSQ-S	Sit de apoyo : Personas apoyo Satisfacción	1 recibido 2 Disponible 3 Desc/Eval 4 NSE 5 NSE	Test-retest : (SSQ-N=.90) (SSQ-S=.83) C. Interna: (SSQ-N=.97) (SSQ-S=.94) A.Factorial (SSQ-N=82%) (SSQ-S=.72%)	SSQ-N,SSQ-S:Mujeres Depresión (-) Hostilidad (-) Ansiedad(-) Falta Protección (-) Des. Social (n.s) SSQ-N-Extrav (+) SSQ-S- Neurotic (-) SSQ-N,SSQ-S:Hombre Depresión (-) Des. Social (n.s) SSQ-N-Hostilida (-)	Otras Correlaciones : SSQ-N-SSQ-S=.34 Validez otras : Eventos + año Autoestima Interf.Cognitiva Locus Control No concreta: tipos apoyo tipo proveedores
Diaz Veiga, (1985)*	IRSA	Tamaño red Frec. Contactos Tipo apoyo Satisfacción	1 recibido 2 Real 3 Descr/Evalua 4 ≠ 5 Proveedores	C.Interna : Frec (.35) Sat (.57) Tamaño (.34) A.Emocional (.86) A.Instrument (42)		Baja Consist. No Validez No Test-retest Sólo tipos instrumental y Emocional No informa Corrección

Autores	Instrume	Variables	Dimensiones	Fiabilidad/A.Factor	Validez /Correlacion	Comentario
Funch et al., (1986) N=92 dolor (1) N=268 dieta (2) N=318cáncer (3)	SSS : SSS-A SSS-P1 SSS-P2	Situación concreta Tamaño red Cantid Aoyo/Prov. Canti Apoyo/total (provee y no provee)	1 recibido 2 real 3 Evaluado 4 NSE 5 Proveedores	C.Interna : Dolor/Dieta/cáncer (.42-. 50- .26) (.73 . 84 .61) (.39- .65 .35)	SSS-A -E.civil, hijos.. SSS-P1, SSS-P2: Cuestionarios de Act . de Apoyo (+)(1) Cdtas. de Apoyo(+)(1) Act . de Apoyo (+)(2) Otros: Ansiedad (-) (2) Depresión (-) (2) Estado Psicológ.(+) (3)	C. Interna varia y es baja Breve y simple. SSS-P1+ predice estado psicológico. No describe acciones de apoyo
Vaux et al. ; (1986) Vaux (1987) N1=517 estudiantes N2=462 Población General	SS-A	Apoyo total (AT) Apoyo famil (AF) Apoyo amig (AA)	1 recibido 2 disponible 3 Desc/Evalua. 4 ≠ 5Fam/amig	C.Interna : N1 (R= .80-.94) N2 (R=.80-.90) Factorial: (N1/N2) 3F: Amor Respeto Integración	(N1, N2) AT/ AF/ AA: <u>Otros cues Apoyo:</u> Tipos apoyo (+) Familia y amigos (+) Cohesión(+)/conflict(-) propiedades red (+) <u>Distrés y bienestar:</u> Depres (-) Soledad (-) <u>Personalidad:</u> Autonomí(-)Agresiv(-) Afilación (+) <u>Otros cues Apoyo</u> (N2) Satisfacción (+) (N1) Cdtas apoyo (+)	Estudio muy completo Intercorrelaciones familia y amigos No describe tipos de apoyo concretos ni satisfacción Evalúa sentido global de apoyo, en términos de sentirse querido estimado o respetado. Medidas cantidad apoyo dependientes proveedor
Vaux et al. ; (1987)	SS-B	Tipos apoyo: Emocional, Social Tangib. Económic Consejo/Guia Familia y amigos	1 recibido 2 disponible 3 Descrito 4≠ 5 Famil/amigo	Clasificación tipos apoyo/jueces C. Interna Tipo Apoyo: (≥.82) Factorial Confirmatorio: 5 F	Correlaciones con ISSB: Tangible Direccion/guia Interacción positiva Emocional	Permite respecto de un estresor concreto, medir apoyo real. Basado en el ISSB Largo, 45 items
Veiel, (1990) N1=100 estudiant N2=117 Dep May N3=68 Padr niños Cáncer.	MISS	Situaci. Apoyo (crisis, diario) Proveedores (rol) Características red y relacion: (frec. distancia.) Satisfacción Tipos apoyo: Psicol-emocional Instru-material	1 recibido 2 Dispon/Real 3 Descri/Evalu 4 ≠ 5Fam/social/tot	Test-Retest (.66-.88)N1 (.42-.79)N2 Indice solap. (.83- 1) N1 (.70-.99) N2 A. Factorial (MISS,PSS, ULS) N1 :4F 2 familia,1 social 1(PSSFa;Fr,Sat, ULS) N2 : 4F 1 familia 1 social 1 fam-soc 1(PSS-Fa;Fr,Sat, ULS)	N1 MISS fam con: PSS-Fa(+)/Fr (ns) MISS Satis con: PSS-Fa(+) PSS-Fr (+) Soledad (-) Depres(-) MISS social-Depre (-) ----- N3 : MISS fam -PSS-Fa(+) MISS Sati con PSS-Fa(+) y Fr (+) Soledad (-) y Depres(-) MISS social con PSS-Fr (+) Soledad (-) y Depres(-)	Entrevista larga (45') Información Ptnes : Redes y relación Fuentes x T. apoyo Caract. Fuentes Satisfacción Red familia, Red social Red total. Mide disponibilidad de apoyo desde situaciones concretas (hipotéticas) A. Factorial combinado con otros instrumentos
Revenson et al. (1991) N=101 A. Reumato	ISSSS	16 cdtas apoyo + 4 cdtas apoyo - ----- Lista Proveedor Tipos apoyo	1 recibido 2 real 3 Descrito 4 ≡ 5 NSE	C.Interna AS+ (.90) AS- (.64) A.Factorial (47%) 1 AS+, 1 AS-	A. Diferenc AS+AS- (.001) Correlacion AS+AS- (ns) AS- graved enfer(ns) Deseab (ns) A.Regresion AS+/AS-predice Depr. -(AS+)y+(AS-): +Dep	Hombres +AS- AS- no cancela AS+ Si AS- estresor, AS+ efecto "buffer" Cantidad apoyo depende proveedores por cda. No analiza: tipos de apoyo categorías proveedores

Autores	Instrume	Variables	Dimensiones	Fiabilidad/A.Factor	Validez /Correlacion	Comentario
Revenson et al. (1992) N= A. Reumatoid	ISSSS	1 recibido 2. Real 3. Descrito 4 = 5 Espo/otros	19sit.AS+19 AS- Cuest/3dimensi pac y cónyuge : Apoyo esposa Apoyo pacient Apoyo social Tipos apoyo : Emocional Estima Tangible Información	AS+ AS-: A.Factorial: 1mixto AS+ C.Interna Tipos Apoyo. (R=.64-.95) C.Int Total (R:.94-.95) ----- AS- : C.Int Total (R=.87-.91)	Correlacion AS+ Total: Soledad (-) SSQ-N(+) SSQ-S(+) Sat Tipos .Ap Total apoyo esp (+) Total apoyo red (+)	No solución factores en AS+ ni AS- : C.Interna tipos apoyo teóricos en AS+ (por pacientes/esposa y por cónyuge y red) AS- :C. Interna total. No posible por tipos Apoyo AS- ciertas acciones (no pecep/satisfacción indiv) Administra pacien/espos No compara dado y recibido, Intercambio
Stansfeld and Marmot (1992) N=10.314 Funcionarios (varía N análisis)	C.P.Q	1 recibido 2 real 3 Descr/Evalua 4 = 5 NSE	Propiedad red: Frecuencia Integración Tipos apoyo: Emocional Informacion Evaluativo Práctico Adecuación	A.Factorial tipos apoyo: 3 Confi/Emocional 1 Práctico 2 Apoyo negativo 3 C. Interna: 1 (.85), 2 (.82), 3 (.63) Test Retest Proveedores (.61)	Apoy Conf/Emocional Y Práctico Autoestima (+) Neuroticismo (-) Cuest A.S (SESS)(+) Apoy Conf/Emocional Extraversión (n.s.) A social - Autoestima (-) Neuroticismo (+) Hostilidad (+)	Se considera el apoyo necesitado y en que se recibió. Correlación + alta .32 AS- y Apoyo Práctico mínimas correlaciones con SESS No fiabilidad y validez de cuestionario criterio.
Mestre et al, (1993) N=1394 adolescentes	EASA	1 recibido 2 disponible 3 Descr/Evaluad 4 = 5 Fam/amig/soc	Sit. Apoyo áreas: Social (24) Familiar (24) Escolar (32)	A Factorial: Social = 6F Familiar= 5F escolar =5F C. Interna : Soci(.80) Fami(82) Escolar (.78)	Correlacion (≠factores área social, Familiar y escolar) Autoesti. (+) Ansiedad (-) Depresión(-)	Correlación con .07 (N amplio) La + alta es .38 Constructos no apoyo (Ej: Factor Autoestima, items:recuerdo + niñez) No consta RR escala. Especifica adolescentes
Eker and Akar, (1994) N=146 estudiantes N= 200/4 grupos (psiq, renales ;normal, problem Psciol)	MSPSS (Zimet, 1990) Kazarian (1991)	1 recibido 2 Disponible 3 Evaluado 4 NSE 5 Fam/amig/otr	12 items Proveed apoy: Familiar (4) Amigos (4) Otros (4)	(N=146/200) A Factorial: 3F (proveedores) C. Interna : 5 grupos N (R=.77-.92)	Correlacion MSPSS Depr (-) Ansie-E y Ansie-R (-) ANOVA Dif entre muestras en total otros y familia (.001)	Estabilidad factores y C.Interna en ≠ muestras Validez constructo "r" alta en Est. y Psiq, moderada en el restc. Otros(MSPSS)"r" menor Depresión y Asiedad. No Tipos Apoyo
Courneya, McAuley (1995) N=192 Dan clases deporte. (retest=50)	SPS (Cutrona y Russell 1987)	1 recibido 2 Disponible 3 Descr/Evalua 4 = 5 Compañeros	24 sit apoyo. Áreas : Guia Aliento Alianza Integración Tranquilidad	Test-Retest (T1,T2,T3) (R=.59-.88) C. Interna (subescalas) (R=.66-.92)	Correlacion (subescalas) Norm Sub(+) (Azjen,1991) Cohesión (+)	correlaciones subescalas de A.S (miden =) Adaptada a deporte. Incluye variables de Tª Accion Razonada Escalas criterio validadas en el mismo estudio.
Bottomley (1995) N=60 pac Cáncer en diagnosis (Retest 15)	BCSS	1 recibido 2 real 3 Descrito/Evaluad 4 = 5 NSE	9 sit apoyo Tipos: Confianza Afecto	TestRetest/C. Inter Total (.79)/(78) Confia (.73)/(77) Afecto (.77)/(76)	Constructo: Afect/ Confi- Edad (-) Criterio HAD Afect-Dep (-) Confi-Ansiedad(-)	Adaptado del DUFSS (Broadhead et al 1989) de disponible + real. No factorial subescalas Correlaciones débiles No proveedores Resultados para muestras cáncer ≠ cuestionables
Bellón Saameño et al (1996) N=656 Población General	DUFSS (Broadhe ad et al, 1989)	1 recibido 2 Real/Disponible 3 Descrito/Evalua 4 = 5 NSE	11 sit apoyo Tipos: Confianza Afecto	Afactorial: 2F Confidenl. Afectiv C. Interna Confid (.88) Afectivo (.79) Total (.90)	DUFFS total y por tipos correlación GHQ (-) Ansiedad y Dep (-) Control interno (+) A Regresión Criterio: DUFSS Orden Predictores: Función familiar Nivel estudios Control interno GHQ	≠ solución factorial en otros trabajos (Revilla et al. 1991; Broadhead et al, 1989) Cambio escala RR "r" + alta .27

Autores	Instrume	Variables	Dimensiones	Fiabilidad/A.Factor	Validez /Correlacion	Comentario
Vázquez Morejón et al. (1997) N=82 (salud mental)	MISS	1 recibido 2 Disponible/Real 3 Descr/Evalu 4 ≠ 5Fam/social/tot	Situaci. Apoyo (crisis, diario) Prov. Apoyo Características red y relación : (frec. distancia) Satisfacción Tipos apoyo	Test-Retest Familia(R=.63-.81) Soc (R=.56-.86) Indice solap Fami(.95) Soc(.80)	Correlacion Fami/Global-Soleda(-) Global-PSS-Fr y Fa (+) Familiar PSS-Fa (+) No fam-Soleda(-) y PSS-Fr (+)	Validez Criterio con PSS (no validada castellano) Pton global ambas redes. Menor "r" con PSS-Fa. Instrumento complejo Exhaustivo estudio. Corre. entre redes (ns)

- (1) ISSI=Entrevista de interacción social; ASSIS=Entrevista de apoyo social; ISSB=Inventario de Conductas sociales Proveedoras de Apoyo; SRS=Escala de Relaciones Sociales; ****NSSQ=Cuestionario de Apoyo social; PSS-Fa y PSS-Fr=Escala de Apoyo social percibido de amigos y familia; SSQ: Cuestionario de apoyo social (N=nº proveedores; S=satisfacción); IRSA=Inventario de Recursos Sociales en ancianos; SSS=Escala breve de Apoyo social (A=Fuentes de apoyo; P1=Promedio apoyo percibido fuentes disponibles; P2=Apoyo recibido todas fuentes (tb no disponibles); SS-A: Social Support Appraisal Scale; SS-B: Social Support Behaviour Scale ****MISS=Entrevista de apoyo social de Mannheim;***ISSSS=Escala de apoyo social Especifica de Enfermedad; CPQ=Cuestionario de Personas Cercanas; EASA= Escala de Apoyo Social para Adolescentes; MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support; SPS= Escala de Provisiones Sociales; BCSS= Bottomley Cancer Social Support Scale ULS= Escala de Soledad de UCLA. DUFSS= Duke-UNC Funcional Social Support Questionnaire
- (2) NSE: no se especifica; Proveedores: indica roles de quiénes proveen de apoyo en los términos de las dimensiones de Tardy; ≠: nº categorías o contenidos de apoyo distintos; = : igual nº categorías y contenidos similares



3. EFECTOS DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD:

El apoyo social no sólo previene la enfermedad sino que alivia el impacto de quienes la sufren y en términos generales, el apoyo social tiene efectos beneficiosos para la salud física y mental (Heller y Swindle., 1983; Mitchell, Billing y Moos, 1982; Rook, 1983; Gracia Fuster y cols., 1995; Barrón, 1996, López-Cabanas y Chacón 1997). En algunos trabajos, el efecto beneficioso del apoyo social no alude a la presencia o ausencia de estresores (Williams, Ware y Donald, 1981). En otros, se ha encontrado dicho efecto en relación a la experiencia de acontecimientos estresantes y al mayor o menor grado de adaptación a los mismos (Pearlin, Menhaghan y Mullan, 1981). Estos resultados describen una larga tradición respecto a dos hipótesis clásicas de los mecanismos de influencia del apoyo social sobre la salud: Hipótesis del efecto directo e Hipótesis del efecto Amortiguador (*buffer*) (Doodley, 1985). Sin embargo, los procesos por los que el apoyo social puede tener estos efectos no están claros. La variedad y complejidad conceptual y metodológica que acompaña a este constructo suponen un reto a la hora de establecer conclusiones precisas. Describiremos, en primer lugar, las dos hipótesis clásicas, a continuación, otras propuestas acerca de los efectos del apoyo social desde una perspectiva que integra variables contextuales: efectos interactivos, aditivos, e independientes, y finalmente, revisaremos los efectos del apoyo social en los resultados de salud en pacientes de cáncer.

3.1. EFECTOS DIRECTOS Y EFECTOS AMORTIGÜADORES.

La hipótesis de los efectos directos asume que apoyo social y bienestar están relacionados linealmente y que esa relación es independiente del nivel de estrés experimentado por un individuo. Según Gottlieb (1983a) las personas con bajo apoyo social (entendido como socialmente poco integradas) tienen más probabilidades de sufrir acontecimientos estresantes pues las redes sociales actuarían evitando o anticipándose a éstos. Se propone que las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud a través de:(Thoits: 1982;y Vaux; 1988):

- La interacción con los demás: proporcionando un sentido de identidad social (padre, pareja, profesional..) de pertenencia y participación, y fomentando conductas saludables y evitando situaciones estresantes.
- Proporcionar experiencias agradables y eventos placenteros; aportando evaluaciones positivas que incrementan la autoestima; y mejorando los sentimientos de competencia y control personal sobre el ambiente.

Así, la integración social fomenta el bienestar psicológico y disminuye la susceptibilidad a la enfermedad mejorando las reacciones del sistema inmunológico o neuroendocrino o promoviendo conductas saludables (Cohen y Willis, 1985). Para explicar cómo la integración social influye en el bienestar, se proponen cuatro mecanismos de actuación (Cohen, 1988): proporcionando información apropiada, recursos económicos o tangibles (atención, cuidados, servicios..), influyendo socialmente a través de la presión normativa respecto de conductas adecuadas y fomentando estados psicológicos positivos: sentimientos de autoestima, identidad, predictibilidad, competencia personal y control del entorno.

Frente a la hipótesis del efecto Directo, la del efecto Amortiguador plantea que el apoyo social modera o protege de los efectos negativos que los sucesos estresantes tienen para las personas y actúa cuando éstos ocurren. Desde este enfoque se subraya la relación entre apoyo social y acontecimientos estresantes. Algunos autores dudan incluso de la existencia de los efectos directos del apoyo social. Como afirma Vaux (1988) las tensiones cotidianas hacen que realmente no existan situaciones libres de estrés. Por tanto, el efecto amortiguador se da, no cuando nos referimos a los estresores cotidianos sino cuando las condiciones estresantes son intensas. El apoyo social actuaría entonces, a través de dos mecanismos (House, 1981; Vaux, 1988, Cohen y Wills, 1988, López Cabanas y Chacón,1997):

- Ayudando a redefinir el daño potencial del estresor y disminuyendo las reacciones del sistema neuroendocrino:
 - Reducen la visión negativa del mismo y producen evaluaciones primarias más benignas.
 - Guían en la evaluación secundaria y actúan sobre una valoración más realista de los recursos de afrontamiento.
 - Fomentan reevaluaciones menos amenazantes del estresor y amplían el repertorio de estrategias o recursos para afrontarlo.

- Facilitando los procesos de afrontamiento, la puesta en marcha de estrategias y Resolución de problemas:
 - Controlan o influyen a través de las presión social para llevar a cabo formas de afrontamiento adecuadas y respuestas adaptativas.
 - Inciden directamente en el problema y ofrecen soluciones a través de recursos (materiales, ayuda, y servicios entre otros)
 - Palian el problema cuando es inevitable a través de la ayuda emocional, las estrategias de distracción o de compañía social que favorecen la adaptación.

Diferentes trabajos han apoyado tanto la hipótesis del efecto Directo (Myers y cols., 1975; Anhensel y Frerichs, 1982; Miller y Lefcourt, 1983; Kaplan y cols., 1983 Veiel y cols., 1988; Orth-Gomer y Uden, 1990) como la hipótesis del efecto Amortiguador (Whetington y Kessler, 1986; Brown y Andrews, 1986 Cutrona, 1986; Parker y Barnett, 1987; Maton, 1989; Coyne y Downey, 1991). La evidencia empírica ha sugerido que la variabilidad de resultados en apoyo de uno u otro efecto podría deberse a la diversidad conceptual del apoyo social y de la metodología empleada. En este sentido, los estudios que emplean

medidas estructurales de apoyo social obtienen resultados consistentes con la hipótesis del efecto directo. La integración social sería beneficiosa para el bienestar aunque no serviría necesariamente de ayuda en situaciones de crisis. (Cohen Wills; 1985). Aunque una sola persona de confianza podría ser suficiente para tener efecto Amortiguador, un número amplio de contactos sociales no lo es; de hecho, existen bajas correlaciones entre medidas de apoyo estructurales y funcionales.

Por otro lado, los estudios que emplean medidas funcionales, como por ejemplo, la evaluación de una o varias funciones de apoyo, muestran que estas medidas se relacionan con la mejora de las habilidades de afrontamiento generales (información, de estima ect), (Cohen y Wills, 1985). Aunque la relación estructural-efecto directo y funcional-efecto protector es consistente en diversos trabajos (Schaefer y cols., 1981; Cohen y Syme., 1985 entre otros.), existen estudios en los que, utilizando tanto medidas estructurales como funcionales del apoyo social esta diferenciación no se establece de forma tan clara. Así, hay trabajos en los que utilizando medidas estructurales o funcionales de apoyo social se obtienen ambos tipos de efectos (Frydman, 1981; Kessler y Essex, 1982; Dean y Ensel, 1982; Aneshensel y Stone, 1982; Kessler y McLeod, 1985; Lin y cols., 1985; Barrera, 1988). En algunos casos las inconsistencias pueden deberse a una operativización confusa de la medida de apoyo. Por ejemplo, utilizar la “existencia de relaciones” como medida funcional. En otros casos, es posible que los efectos se produzcan no sólo dependiendo del tipo de medida, sino de otras variables contextuales. Por ejemplo, el efecto amortiguador será más claro si se evalúa el apoyo social ante estresores específicos y recientes, que ante demandas cotidianas (Turner, 1983; Schaefer y cols., 1981; Vaux, 1988; Barrón, 1996).

La complejidad de las variables implicadas en el constructo de apoyo social y en su evaluación, ha llevado a plantear que quizá las relaciones entre apoyo social y salud establecidas hasta el momento son demasiado restrictivas. Así, han surgido otras aportaciones que suponen una evolución respecto de las hipótesis clásicas (efectos directos o efectos amortiguadores) y de las que nos ocuparemos a continuación.

3.2. EFECTOS INTERACTIVOS, ADITIVOS, E INDEPENDIENTES.

Una gran mayoría de autores trata de concretar las relaciones entre apoyo social y salud desde una perspectiva contextual más amplia (Wheaton, 1983, 1985; Barrera, 1986, 1988; Lin et al., 1985 y Lin, 1986; Lin y Ensel, 1989, Ensel y Lin, 1991). Así desde las teorías de inhibición del distrés y del afrontamiento, se aproximan al análisis del apoyo social como un proceso secuencial y, proponen un paradigma integrador englobando otros factores sociales psicológicos y fisiológicos en el complejo proceso de relaciones estrés-bienestar (Lin y Ensel, 1991; Thoits, 1986). Desde esta perspectiva analizan los efectos del apoyo social considerando el momento de aparición de los sucesos estresantes, y en relación a los resultados de salud (Lin, 1986; Lin y Ensel, 1989, Ensel y Lin, 1991). Se especifican los posibles efectos que tiene el apoyo social sobre la salud cuando antecede a la aparición del acontecimiento estresante, cuando ocurre simultáneamente con él, y por último, cuando es posterior a su aparición.

Cuando el apoyo social tiene efectos interactivos, se combina con otras variables independientes y explican conjuntamente las variaciones en respuesta emocional o resultados de salud. En el caso de los efectos aditivos, el apoyo social explica independientemente de otras variables una parte significativa de los resultados en salud, (Gracia Fuster y cols., 1995). Lin (1986) no concreta en sus propuestas teóricas entre tipo de estresores cotidianos o de carácter más intenso, formas de apoyo disponible y real, o estructurales y funcionales. Considerando la secuencia temporal entre estresores y apoyo social, cuando el apoyo social antecede a la aparición del estresor nos centraríamos mayoritariamente en el “apoyo disponible”. Cuando estresor y apoyo social coinciden temporalmente comienza el proceso en el que los recursos de apoyo disponible inician su participación activa e intervienen ante éste como “apoyo real”. Finalmente, una vez el “apoyo real” ha empezado y está ejerciendo su función, dependiendo de las características del estresor, de periodos de tiempo variables, y de la eficacia del apoyo, se observarían determinados efectos en las variables de salud .

En general, la hipótesis de los **efectos interactivos**, es comparable a la hipótesis tradicional de efectos amortiguadores. Se considera que el apoyo social actúa en relación

a la presencia de un acontecimiento estresantes. En ausencia de ellos, el apoyo social no tendría efectos sobre la salud. Así, el apoyo social ejerce un efecto positivo sólo en presencia del estresor y, cuando modera o protege del impacto del mismo, (*hipótesis efecto amortiguador o efecto interactivo*, Lin et al, 1985; 1986; Wheaton y Barrera, 1985, Lin et al., 1985; 1986; Lin y Ensel, 1991)

Estos efectos positivos sólo se producen a través de la interacción del apoyo con el acontecimiento y determinan un menor impacto en los resultados de salud. El apoyo opera como una variable mediadora. Así, la presencia del estresor junto con el apoyo disponible y la participación de éste reduciría el impacto sobre la salud. Dentro de esta misma hipótesis de efectos interactivos, pero en otro sentido, es útil considerar el efecto del apoyo (o de la ausencia de apoyo) en función del momento de aparición del estresor. Si no existe apoyo antes de que ocurra un estresor, cuando éste aparezca se incrementará la posibilidad de aparición del distrés (*efecto condicional*, Lin, 1986; Ensel y Lin, 1991). Si aparece un estresor y como consecuencia, el apoyo que en principio, se percibía como disponible, deja de estarlo y no actúa eficazmente o no participa respondiendo ante las demandas de la enfermedad y de quién la padece, entonces, el impacto de ésta será mayor y se reflejará en un periodo de tiempo más o menos prolongado. La aportación de Lin (1986) supone un avance en las propuestas de la hipótesis clásica del efecto amortiguador porque es interpretada en función del momento de aparición del estresor. Desde los efectos interactivos, estresor y apoyo se combinan, aunque se descartan relaciones independientes de cada una de estas variables por separado en los resultados en salud.

La hipótesis sobre los efectos **aditivos** parte de que el apoyo social y el acontecimiento estresante se relacionan directamente con resultados de salud. Asumen que el apoyo social tiene efectos directos y beneficiosos sobre la salud. Entre ellos, se diferencian un primer grupo de efectos aditivos que, en nuestra opinión, suponen una propuesta intermedia en la que coexisten efectos directos y amortiguadores del apoyo social. El apoyo social, además de estar relacionado con las variables de salud, se relaciona positiva o negativamente con el acontecimiento estresante (Lin et al., 1986). En sentido negativo, el apoyo social se relaciona con el acontecimiento estresante reduciendo su

probabilidad de aparición cuando le antecede (efecto *supresor o de prevención*), como mediador cuando ocurre simultáneamente con el acontecimiento estresante (efecto *mediador*), o puede deteriorarlo una vez que el acontecimiento estresante ha ocurrido (efecto de *deterioro*) (Wheaton, 1985; Lin, 1986; Ensel y Lin, 1991). Un efecto aditivo supresor o de prevención representaría como el apoyo disponible evita la ocurrencia de estresores, pues cuando ocurren son valorados como menos estresantes en función de la disponibilidad de recursos personales y sociales percibidos. Aunque el apoyo previene de la ocurrencia de estresores, una vez ocurren no reducen su impacto. Un efecto mediador supondría que ante un estresor reciente, los recursos (apoyo social), participan activamente ayudando a la percepción del acontecimiento como menos amenazante y fomentando formas de afrontamiento. Finalmente, la aparición y la persistencia del acontecimiento estresante pueden producir que, por ejemplo, las características estigmatizantes del estresor en sí mismo, su cronicidad, o ambas cosas, deterioren los recursos de apoyo y su participación activa acabe disminuyendo.

Por su parte, y en sentido positivo, el apoyo social se relaciona con el acontecimiento estresante cuando le antecede e induce a la ocurrencia de estresores (efecto de *vulnerabilidad*); cuando se incrementa simultáneamente a su ocurrencia (efecto *neutralizador*); o cuando se ha producido una movilización efectiva que neutraliza el impacto de los sucesos vitales una vez han ocurrido (efecto de *movilización efectiva*) (Lin, 1985; Lin, 1986; Barrerra, 1986; 1988; Lin y Ensel, 1991;). Un efecto de vulnerabilidad estaría representado por la falta de apoyo social que es sí misma es estresante o por un apoyo disponible inadecuado, que potencian una percepción más amenazante de los estresores cuando éstos aparecen. Frente al efecto condicional interactivo, aquí el apoyo muestra sus relaciones directas con el acontecimiento estresante. El efecto neutralizador representa el inicio de la movilización del apoyo; como empiezan a funcionar los recursos externos ante la ocurrencia del acontecimiento estresante intentando influir sobre la percepción del acontecimiento y su afrontamiento cuando el sujeto se encuentra todavía en proceso de ajuste. Finalmente, si dicha movilización se mantiene y llega a ser efectiva generando formas de afrontamiento adecuadas en el sujeto, este resultado se reflejará a través del efecto beneficioso en las variables de salud.

Un segundo grupo de efectos aditivos serían los definidos como **aditivos independientes**, se corresponden con la hipótesis clásica del efecto directo del apoyo social; en la que apoyo social y acontecimiento estresante son considerados como variables independientes (Gracia Fuster; 1995). Así, se asume independencia entre apoyo social y acontecimiento estresante, ausencia de relaciones entre ambas variables, y relaciones directas de cada una de ellas con los resultados de salud (estresores en sentido positivo y apoyo social en sentido negativo). Lin (1986) interpreta también, la hipótesis del efecto directo de manera secuencial y en función de la aparición temporal del acontecimiento estresante en relación al apoyo social. De este modo, el apoyo social disponible no afectaría a la probabilidad de ocurrencia de los estresores. Si apoyo social y estresor ocurren simultáneamente afectan independientemente al distrés, y finalmente, los sucesos estresantes no se asocian con el apoyo social que le precede o con su actuación afectando por separado a los resultados de salud. Estos efectos han sido denominados como *independientes, directos aditivos o inhibidores del distrés* (Lin et al., 1985; 1986; Lin y Ensel, 1991; Barrerra, 1986, 1988 Wheaton, 1985).

Un efecto **independiente** supone que el apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre la salud y es independiente de la presencia de estresores, por ejemplo fomentando conductas saludables, pero no previene ni incide en la ocurrencia de estresores. Ante la ocurrencia de un estresor apoyo social y estresor por separado se relacionan con signo opuesto con las variables de salud. El apoyo social en este caso no ejerce ningún efecto a través de la percepción del estresor o de las formas de afrontamiento que utiliza un sujeto. Finalmente, cuando el estresor ha ocurrido, no se perciben cambios significativos en cuánto a la participación de los recursos, el apoyo que siempre ha estado disponible se solaparía con el apoyo real.

Las propuestas secuenciales de los efectos interactivos, aditivos o independientes muestran un análisis del proceso de apoyo desde una perspectiva dinámica del mismo. La contrastación empírica de dichos efectos depende, por ejemplo, de la manipulación experimental de la variable de apoyo social, de la comparación entre individuos con y sin apoyo (disponible o real), la evaluación ante el padecimiento de un acontecimiento

estresante de mayor o menor intensidad, además de, la realización de estudios longitudinales que permitan el establecimiento de resultados diferenciales en salud. En este sentido Schawrzer y Leppin (1991), centrándose en la perspectiva funcional del apoyo, aluden a la falta de especificación a través de los diferentes estudios de las formas de apoyo evaluadas ante el acontecimiento estresante, refiriéndose a si se valora la anticipación o percepción del apoyo disponible o el que realmente es movilizado en esa situación. Su propuesta es que se consideren los efectos diferenciales del apoyo disponible y el apoyo real en cuanto a los resultados de salud. Si entendemos la percepción del apoyo disponible como un recurso de afrontamiento, es posible que también el apoyo disponible tenga un efecto a través de la evaluación que el sujeto hace del acontecimiento reduciendo la percepción de amenaza, previniendo su ocurrencia, y en consecuencia, el impacto del mismo (efectos aditivos *supresores* o de *prevención*). En este sentido el apoyo disponible tendría un efecto indirecto que pasa a través de la percepción del acontecimiento estresante; además de un efecto directo, sobre los resultados de salud (Komproe et al., 1997).

Por su parte, el apoyo social, como recurso de afrontamiento, también es entendido como la participación activa de otras personas importantes (apoyo real) que se implican en el esfuerzo de manejar el acontecimiento estresante (Komproe et al., 1997). Así, los recursos de apoyo se movilizan y actúan cuando ocurre un evento o acontecimiento estresante (efectos aditivos *mediadores* y *neutralizadores*). Las formas de apoyo y afrontamiento cognitivo influyen sobre la percepción de la situación o de las emociones sobre el acontecimiento estresante. Así otras personas pueden sugerir formas de manejar el acontecimiento estresante (apoyo cognitivo) o participar directamente en los esfuerzos para afrontar la situación (apoyo comportamental). Un efecto aditivo *mediador* o *neutralizador* dependerá de la influencia de los mismos en función del grado de ajuste del sujeto ante la presencia de un estresor reciente. En el efecto *mediador* puede favorecerse los procesos de percepción y afrontamiento del estresor como menos amenazante; mientras que en el *neutralizador* los recursos de apoyo siguen participando para producir ese efecto. Los resultados en salud, a largo plazo y con estresores que persisten durante un tiempo, pueden venir acompañados bien de un *deterioro* de los recursos, o bien de una *movilización* efectiva que se mantiene.

Estas últimas propuestas de modelos **aditivos** e **interactivos** sobre la relación apoyo social, afrontamiento y salud suponen una evolución de las hipótesis clásicas del efecto directo y amortiguador (Wheaton, 1985; Lin, 1986; Thoits, 1986; Lin y Ensel, 1989; Ensel y Lin, 1991). En el caso de los efectos aditivos, el apoyo social actúa a través de la percepción del acontecimiento como estresante y afrontamiento, y esta característica amortiguadora del apoyo se combina con los efectos directos del apoyo sobre la salud. Es decir, aunque el suceso estresante se vincule con los resultados de salud, un parte pasa a través del apoyo social y éste también se relaciona con los resultados de salud. O bien, se establecen relaciones entre apoyo, percepción de del acontecimiento estresante y variables de afrontamiento; y finalmente se da un efecto del impacto sobre la salud (Gore, 1985). Estos efectos han sido definidos como interactivos y se diferencian de los modelos aditivos en que, en los aditivos, ambas variables, de apoyo y acontecimiento estresante, contribuyen a los resultados de salud. (Lin y Ensel, 1989; Ensel y Lin, 1991).

A continuación revisaremos diferentes trabajos empíricos realizados con muestras de pacientes oncológicos. Nuestro objetivo es determinar qué tipo de relaciones y efectos se establecen entre apoyo social y salud considerando además, en que medida las diferentes formas de afrontamiento contribuyen en dichas relaciones. Para ello, en nuestra revisión hemos considerado como primer criterio, incluir aquéllos trabajos que parten de la evaluación de ambas variables (apoyo social y resultados de salud) y del estudio de las relaciones entre ambas. Además hemos querido prestar especial atención a aquéllos trabajos en los que también las diferentes formas de afrontamiento de estos pacientes han sido consideradas, pues tal y como se ha expuesto en la revisión sobre los efectos del apoyo social en la salud, ambos constructos (apoyo social y afrontamiento) están íntimamente relacionados.

3.3. REVISIÓN APOYO SOCIAL Y SALUD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS:

Una de las características que define los trabajos empíricos sobre apoyo social en el paciente oncológico es su diversidad respecto de las variables evaluadas como resultados de salud, la consideración de las variables moderadoras implicadas en dichos resultados (percepción de estrés y afrontamiento), la especificación de las dimensiones de apoyo social y la metodología de estudio empleada. Así, en cuanto a las variables de salud, las investigaciones sobre apoyo social y salud en oncología se han centrado en determinar la contribución del apoyo social en términos de supervivencia o mortalidad, y pronóstico, entre otras. En segundo lugar, la gran mayoría de trabajos evalúan como variables resultados diferentes aspectos psicosociales y/o dimensiones del constructo de calidad de vida. Concretamente, se refieren al ajuste o bienestar psicológico; a respuestas emocionales más específicas (ansiedad y depresión, distrés entre otras); a niveles de actividad o desempeño de rol; y a estado de salud percibido (síntomas físicos y capacidad funcional).

En cuanto al apoyo social, en primer lugar, la mayoría de estudios revisados se caracterizan, por la falta de información sobre la operacionalización de las variables de apoyo social (estructural-funcional, disponible-real). En segundo lugar, no es frecuente que se especifique si el apoyo social se evalúa respecto del acontecimiento estresante; "padecer cáncer". Finalmente, en algunos trabajos se utilizan instrumentos de apoyo social contruidos al efecto lo que dificulta la comparación de resultados (Pistrang et al; 1995; Broomfield et al 1997, entre otros). A pesar de ello, y siempre que ha sido posible, en esta revisión hemos descrito si el apoyo social era disponible y/o real y si se ha medido con variables funcionales y/o estructurales,. Para ello, como evaluaciones del apoyo social funcional, hemos considerado las que se refieren al contenido de las relaciones sociales o a aspectos específicos de acciones o categorías de apoyo, aún cuando la descripción de las mismas o del tipo de preguntas sobre el apoyo no son claras. Como aspectos de evaluación del apoyo estructural nos referimos a aquéllos que incluyen variables del tipo y tamaño de red y/o frecuencia de contactos o lazos sociales.

Por otro lado, las variables de percepción de estrés y formas de afrontamiento, no siempre han sido consideradas. En la literatura, sin embargo, se recomienda que para comprobar un efecto directo o amortiguador o ambos, en el marco de un acontecimiento estresante, es importante establecer las relaciones del apoyo social con las variables de estrés y afrontamiento. Concluir un efecto directo o independiente del apoyo social, cuando la interacción con otras variables (percepción de la enfermedad y afrontamiento) no ha sido contemplada, puede ser arriesgado porque otros efectos no han sido comprobados (Komproe et al, 1997).

En general, y en cuanto a la metodología y tipo de análisis cabe resaltar que la mayoría de trabajos son correlacionales y este tipo de observaciones no pueden ser definitivas a la hora de establecer conclusiones causales acerca del tipo de efectos entre apoyo social y salud. La conexión causal entre apoyo y resultados de salud o adaptación durante periodos de estrés severo podría concluirse llevando a cabo estudios en los que el apoyo social sea manipulado experimentalmente. Pero, con muestras de enfermos es éticamente inviable y ésta es una de las razones de la escasez de estudios causales frente a la difusión de los marcadamente correlacionales. Sin embargo, a pesar de las limitaciones que acompañan a los estudios de corte correlacional, lo importante es demostrar de forma empírica y sistemática las relaciones que se producen entre apoyo social y resultados controlando el efecto de variables confundentes (Siegel, 1983; Doodley, 1985).

Para clarificar la exposición de los resultados empíricos, presentaremos en primer lugar, la revisión sobre apoyo social y variables clínicas de salud. En segundo lugar, sobre apoyo social y variables psicosociales. Por último, revisaremos los trabajos que han considerado la percepción de estrés y/o diferentes formas de afrontamiento en relación a la evaluación del apoyo social, con el objetivo de explicar la contribución de ambas variables en los resultados de salud.

3.3.1. APOYO SOCIAL Y VARIABLES CLÍNICAS

La mayoría de estudios revisados sobre apoyo social y variables clínicas en pacientes oncológicos se han realizado con mujeres de cáncer de mama y han empleado como variables resultado los índices de supervivencia; aunque algunos trabajos utilizan otras variables clínicas relacionadas: pronóstico, receptores de estrógenos, incidencia y mortalidad. En los estudios en que miden variables funcionales de apoyo; se encuentran relaciones positivas con la supervivencia, como es el caso de un trabajo realizado con mujeres de cáncer de mama (Ell et al., 1992). Sin embargo, en otros trabajos con mujeres con la misma patología, las variables funcionales no se relacionaron con el pronóstico (Tejsmalf et al., 1995; Girdali et al., 1995). El tiempo de supervivencia no aparece asociado en todos los casos con el apoyo social. En estudios en dónde los pacientes estaban es estadíos iniciales, sí que hubo relaciones significativas y positivas (Ell et al., 1992, Reynolds et al., 1994, Maunsell et al, 1995;), pero no se dio este resultado en pacientes con estadíos avanzados (Ell et al., 1992; Herndon et al., 1999). Por otro lado, las relaciones positivas entre apoyo funcional y supervivencia, aparecen en estudios con diagnósticos de cáncer de mama, pero no de pulmón (Waxler-Morrison et al., 1991; Ell et al., 1992, Reynolds et al., 1994; Maunsell et al., 1995, Herndon et al., 1998)

En general, estos trabajos combinan variables de apoyo estructurales y funcionales (Reynolds; 1994; Ell et al; 1992, Waxler-Morrison et al; 1991) o utilizan sólo variables funcionales (Herndon et al; 1998, Tejsmland et al; 1994 Girdali et al ; 1997; Maunsell et al ; 1995). En uno de los trabajos se evalúa exclusivamente variables estructurales de apoyo social (Vogt; 1992). En algunos estudio en que se utilizan tanto aspectos funcionales como estructurales, el paoyo social sigue asociado a la supervivencia, pero no así , a aspectos estructurales como lazos sociales o integración (Ell et al., 1992; Reynolds et al., 1994). Sin embargo, otros trabajos muestran cómo determinadas variables estructurales, estar casado y frecuencia de contactos con amigos, mantienen relaciones positivas con supervivencia (Waxler-Morrison et al., 1991; Waxler-Morrison et al 1991 y Vogt et al ; 1992). Frente a estos resultados Ell et al (1992), obtienen que vivir en pareja se relaciona en negativo con supervivencia. Este resultado parece incoherente si

atendemos a los que se aportan mayoritariamente en la literatura respecto a esta variable (Cohen y Syme, 1985). Aunque es verdad, que este resultado no es aislado y que puede ser explicado en función del tipo y adecuación del apoyo o de otras variables contextuales (Cutrona y Shur, 1994). Por lo que, las conclusiones acerca del efecto que tiene vivir en pareja hay que realizarlas teniendo en cuenta otros aspectos funcionales de la relación de pareja, y no sólo la característica estructural: casado o en pareja. Por ejemplo, si la relación es conflictiva, en vez de servir de apoyo, puede actuar incrementando la percepción de estrés por la enfermedad (Ell et al., 1992)

Para terminar, Tejmlald et al., (1995) y Giraldi et al., (1997), además del apoyo funcional evalúan determinadas formas de afrontamiento y las relaciones de ambas variables con resultados clínicos (receptores de estrógenos y pronóstico respectivamente). En ambos trabajos, ni el apoyo social, ni las estrategias de afrontamiento evaluadas tuvieron contribución alguna como predictoras sobre las variables resultado en mujeres con cáncer de mama. Por tanto, sólo estos dos estudios permiten establecer, la posibilidad de efectos interactivos, aditivos, o aditivos independientes del apoyo social pero no han sido confirmados.

A modo de conclusión los efectos del apoyo funcional parecen ser de mayor relevancia en cuanto a los resultados clínicos frente a los estructurales. Sólo dos trabajos no encuentran dichos efectos en cuanto a la funcionalidad del apoyo (Tejmsland et al., 1994; Giraldi et al., 1997)(Tablas 3.1,3.2). En este sentido en la literatura una gran mayoría de autores defienden la prioridad de las medidas funcionales frente a las estructurales en cuánto a que son las que mayores asociaciones obtienen con variables de resultados de salud (Barrón, 1996).

3.3.2. APOYO SOCIAL Y VARIABLES PSICOSOCIALES

En este apartado revisaremos los estudios en los que el apoyo social se ha evaluado con el objetivo de determinar sus efectos beneficiosos en cuanto al ajuste psicosocial y adaptación ante un acontecimiento estresante como es padecer cáncer. Una gran mayoría de trabajos han investigado las relaciones entre este constructo y diferentes dimensiones de la calidad de vida, bienestar o respuestas emocionales, distrés psicológico, o más específicamente, ansiedad y depresión. Otro tipo de variables incluidas aunque en menor medida en este tipo de trabajos se refieren a aspectos relacionados con la capacidad funcional, desempeño del rol y de actividades.

Una gran mayoría de trabajos han evaluado apoyo funcional, disponible o real, y algunos de ellos, explícitamente refieren el uso de medidas de adecuación o de satisfacción con el apoyo. Estos trabajos han demostrado los efectos beneficiosos de la adecuación del apoyo social sobre las repuestas emocionales, en términos de ansiedad y depresión, hostilidad e índices de calidad de vida (Slevin et al., 1996; Mathieson et al., 1996; Neuling y Winefield., 1988 y Pistrang et al., 1995). Entre las variables de apoyo, destacan la satisfacción con el apoyo prestado por los profesionales de la salud, con la familia y con la pareja (Neuling y Winefield., 1988; Pistrang; et al., 1995 Slevin et al., 1996 y Mathieson et al., 1996;). Estos resultados confirma la propuesta teórica acerca de que la calidad del apoyo (como equilibrio entre las necesidades del receptor y la medida en qué éstas son cubiertas) tiene efectos beneficiosos sobre la salud o el bienestar (Saranson, 1983; Tardy, 1985; Lemos Giraldez, 1990; Durá y Garcés, 1991; Winemiller et al., 1993; Barrón, 1996).

De las diferentes categorías (emocional, informacional e intrumental) algunos estudios evalúan exclusivamente el aspecto emocional, el más relevante en términos generales, y en particular en el caso de los pacientes oncológicos (Jamison, et al; 1978; Dunkel-Schetter; 1981; Spiegel; 1984; Wortman, 1984; House y Khan, 1985; Andersen, 1986; Dakof y Taylor; 1990;). Pistrang et al., (1995) señala que acciones específicas de apoyo emocional como "Hablar" tienen un efecto positivo reduciendo los niveles de ansiedad y depresión y otros autores en general, establecen, igualmente el efecto positivo del apoyo

emocional en cuanto a variables de ajuste psicológico, calidad de vida, o depresión (Irwing y Kramer; 1989, Bloom y Kessler; 1994; Mathieson et al; 1996; Herndon et al; 1999). En concreto, Irwing y Kramer (1989) evalúan el apoyo emocional y calculan el índice de apoyo que deben ser mantenido durante un periodo de tiempo. Añaden que el índice de apoyo emocional evaluado inicialmente no disminuye los niveles de depresión a los dos meses de inicio del tratamiento; son determinados niveles mantenidos de apoyo los que durante ese periodo se asocian a menor impacto o depresión. Otros trabajos que evalúan la cantidad de apoyo emocional no encuentran relaciones significativas con estrés o niveles de ansiedad y Depresión (Roberts et al., 1993; Slevin et al., 1996)

Algunos autores, aunque evalúan diferentes categorías de apoyo, finalmente suelen utilizar puntuaciones globales de todas ellas y/o de los diferentes proveedores que prestan el apoyo (Neuling y Winefield; 1998; Hoskins; 1995 Bolger et al; 1996; Manne et al; 1997; Broomfield et al; (1997) Ngan et al; 1994). En la mayoría de trabajos encontramos resultados que apoyan los efectos positivos de diferentes aspectos del apoyo social fomentando el ajuste o atenuando el nivel de estrés o disfunción psicológica (Zemore y Shepel, 1989; Baker, 1992; Hoskins, 1995; Manne et al., 1997, Budin, 1998;. Grassi y Rosti, 1996 Gooding et al., (1995). Uno de ellos, especifica los efectos beneficiosos del apoyo diferencialmente entre hombres y mujeres. Mientras en el caso de las mujeres el apoyo social se relacionaba en positivo con el ajuste, no se mostraban estas relaciones con los hombres. En contraste con estos trabajos Ngan et al., (1994) y Roberts et al., (1994) no obtienen asociaciones entre variables de ajuste y apoyo. En el caso del trabajo de Ngan et al., (1994) una de las razones podría ser que ambas variables (ajuste y apoyo) son evaluadas con preguntas "ad hoc". Por una lado, el apoyo informacional se midió en términos de conocimientos y necesidad de mayor información sobre la enfermedad más que en términos de grado de ayuda o apoyo, y por otro lado, las preguntas de apoyo emocional eran bastante imprecisas. Por su parte, Roberts et al; (1994) utiliza un cuestionario construido al efecto para pacientes de cáncer. En ambos trabajos no hay referencia alguna en cuanto a propiedades psicométricas de los instrumentos que avalen los resultados obtenidos. En este sentido, los propios autores, justifican la falta de relaciones entre apoyo y ajuste aludiendo a los mismos problemas metodológicos ya comentados.

Otros trabajos evalúan los efectos del apoyo social en relación a la capacidad funcional y el ajuste (Neuling y Winefield; 1998 Bolger et al; 1996; Manne et al; 1997). Analizando con mayor detalle el trabajo de Neuling y Winefield (1988), cabe resaltar que los autores llevaron a cabo un estudio longitudinal con pacientes de cáncer de mama que eran entrevistadas en el hospital tras la cirugía, un mes después, y tres meses más tarde. Mientras que la empatía y las acciones tranquilizadoras por parte de profesionales y familia eran más frecuentes como acciones de apoyo inmediatamente tras la cirugía, éstas decrecían posteriormente para dar paso a formas de apoyo informativo y tangible . En el caso de los amigos, las diversas formas de apoyo eran más representativas un mes después de la cirugía, y se relacionaban con niveles más elevados de ansiedad, depresión y síntomas físicos. Estos resultados proponen una posible explicación en cuanto a que aquéllos pacientes menos adaptados precisasen de más apoyo y esto se refleja en las relaciones positivas encontradas con la cantidad de apoyo por parte de amigos y los niveles de ansiedad y depresión Otros trabajos, también mostraron relaciones significativas y positivas de las variables de apoyo en relación a los niveles de ansiedad y depresión o incapacidad (Bolger et al., 1996; Broomfield et al.,1997; Manne et al., 1997). En este sentido, Manne et al(1997) añade que el apoyo se relacionaba con más distrés sólo en los sujetos con más incapacidad, y con menos distrés en el caso de los menos incapacitados.

El estudio de Bolger et al, (1996) ayuda a esclarecer los resultados positivos que han sido encontrados evaluando en dos momentos el apoyo social, la incapacidad física y el distrés (entendido como puntuación global de ansiedad y depresión). En un primer momento, el apoyo social se relacionó en sentido positivo con la incapacidad y en negativo con el distrés. En un segundo momento, el apoyo social y incapacidad física de los pacientes disminuía, mientras el distrés se mantenía constante. El apoyo social evaluado en un primer momento no mantenía relaciones con el distrés ni con la incapacidad posteriormente. Así, el autor concluye que hay una movilización de las redes de apoyo que se justifica por las relaciones positivas del apoyo con la incapacidad física del paciente. En una segunda evaluación ni el apoyo inicial ni el que se evalúa posteriormente reducen el distrés o la incapacidad, por lo que una posible interpretación es que el distrés del paciente erosione el apoyo social. Los resultados de Neuling y Winefield (1988) Bolger et al, (1996)

Broomfield et al., (1997), y Manne et al., (1997) podrían representar en cierta medida las sugerencias de Barrera (1986, 1988) en cuanto a los efectos de movilización del apoyo. Ante niveles de mayor impacto por la enfermedad en términos de ajuste o de discapacidad, se produce una participación activa del apoyo relacionándose significativamente con éstas variables. Por otro lado tras un periodo de estrés prolongado, puede aparecer el deterioro o el cansancio que se produce en los proveedores de apoyo y quedaría reflejado disminuyendo la cantidad de acciones de apoyo que prestan. A pesar de ello, y a la vista de los resultados de Neuling y Winefield (1988), la satisfacción con el apoyo podría mantenerse y se muestra a través de las relaciones con menores niveles de ansiedad y depresión en el estudio longitudinal que presentaron.

Otros trabajos aportan resultados diferentes en cuanto a variables de funcionamiento físico, el de Bloom y Kessler (1994), el de Hoskins, (1995) y el de Herndon et al; (1998). Herndon et al; (1998) no confirma las relaciones positivas comentadas hasta el momento entre apoyo y discapacidad pues en su grupo de estudio (pacientes de cáncer de pulmón avanzado) los niveles más elevados de capacidad funcional se relacionaban con mayor apoyo percibido de personas de confianza. Ahora bien, en este estudio los resultados se refieren a la valoración de la capacidad funcional realizada por un observador externo, mientras que respecto de la realizada por el propio paciente, no se muestran resultados con las variables de apoyo social. Finalmente, en los trabajos de Hoskins (1995) y Bloom y Kessler (1994) no se mostraron resultados significativos del apoyo social con síntomas físicos ni con estado de salud.

A modo de conclusión, la revisión de la literatura aporta que la mayoría de los trabajos confirman los efectos positivos que tienen determinadas aspectos y formas de apoyo reduciendo el impacto emocional del paciente oncológico y favoreciendo su adaptación. (Neuling and Winefield, 1988; Irwin y Kramer, 1988; Zemore y Shepel, 1989; Baker, 1992; Hoskins, 1995; Pistrang, 1995; Gooding et al., 1995; Grasi y Rosti, 1996; Mathieson et al., 1996; Slevin et al., 1996; Bolger et al., 1996; Manne et al., 1997; Silliman et al., 1998; Budin, 1998) En particular, se subraya la importancia de la adecuación del apoyo y la satisfacción con el mismo en los resultados de salud (Neuling y Winefield, 1988 Pistrang., et al., 1995; Slevin et al., 1996; y Mathieson et al., 1996;). Manne et al (1997) aporta

resultados diferenciales de los efectos beneficiosos del apoyo en función del sexo y Broomfield et al., (1997) en relación al deseo de información. Por otro lado, los trabajos de Neuling y Winefield; (1988) Hoskins (1995); Bolger et al., (1996); Manne et al (1997), Broomfield et al (1997); y Herndon (1999) aportan resultados acerca del apoyo social en relación a la capacidad funcional y el ajuste o distrés que dirigen la atención hacia el estudio de las variables de capacidad funcional y fases de enfermedad, así como al efecto de movilización y deterioro del apoyo en diferentes momentos del proceso de enfermedad y adaptación. (Ver tablas 3.1)

3.3. APOYO SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y VARIABLES PSICOSOCIALES

Una de las cuestiones más interesantes en este contexto es averiguar las relaciones que se establecen entre apoyo social y percepción de estrés y afrontamiento por un lado, y la contribución de ambas variables respecto a los resultados de salud, por otro. Desde el marco teórico de las hipótesis de los efectos interactivos amortiguadores, o aditivos, el apoyo social actuaría reduciendo el impacto del acontecimiento estresante a través de la evaluación del mismo y potenciando o aportando estrategias para afrontarlo. (House; 1981; Vaux; 1988, Cohen y Wills; 1988). Asimismo desde las teorías del estrés y afrontamiento se propone que las relaciones entre estrés y bienestar deben ser consideradas desde un marco conceptual más amplio que incluya junto con la evaluación del apoyo social la contribución de los procesos de afrontamiento (Gore, 1985; Lazarus y Folkman, 1986; Thoits, 1986; Lin y Ensel, 1989; Lin, 1991)

Sin embargo, hay pocos trabajos que se hayan ocupado de comprobar la relación del apoyo social como predictor de las estrategias de afrontamiento específicamente y aún menos los que han diferenciado entre la aportación del apoyo funcional disponible frente al real. El objetivo más frecuente ha sido establecer la contribución de cada una de ellas como predictoras de los resultados de salud; pero en general, no se informa de la interacción entre ambas, ni tampoco explícitamente de la existencia o no de un efecto independiente, aditivo o amortiguador interactivo del apoyo. Existen trabajos que sí precisan el tipo de relaciones que se establecen entre determinadas variables de apoyo y afrontamiento; o que presentan

resultados que dan idea del establecimiento de los efectos independientes, interactivos amortiguadores, o aditivos del apoyo (Dunkel-Schetter et al., 1992; Behen y Rodrigue., 1994; Komproe et al., 1997; y Pennix et al., 1998)

El trabajo de Komproe et al (1997) resulta de especial relevancia, en primer lugar, por su interés en explicar el tipo de efectos directos y/o amortiguadores del apoyo social a través de la interacción con la percepción de la enfermedad y el afrontamiento; pero sobre todo por considerar además que el apoyo social disponible y real afectan diferencialmente a los resultados de salud. Evaluaron el apoyo emocional e informacional, real y disponible. La percepción de la enfermedad fue evaluada con dos preguntas acerca de la importancia (evaluación primaria) y el control (evaluación secundaria) sobre la misma. Finalmente, midieron dos estrategias de afrontamiento (búsqueda de soluciones y búsqueda de apoyo social.) y el nivel de depresión. Esperaban encontrar que el apoyo disponible tuviera un efecto amortiguador a través de la evaluación del acontecimiento estresante, y un efecto directo independiente sobre la depresión. Con respecto al apoyo real se esperaba un efecto amortiguador a través de las estrategias de afrontamiento. Sus resultados confirman en parte las hipótesis planteadas. Por un lado, el apoyo disponible tuvo un efecto directo e independiente en sentido negativo con la depresión pero no estuvo relacionado con la percepción de la enfermedad, aunque lo hizo con una de las estrategias de afrontamiento (Búsqueda de Apoyo social). El apoyo real confirmó su efecto amortiguador relacionándose con mayor uso de las formas de afrontamiento y la percepción de control sobre la enfermedad, pero también demostró un efecto directo independiente relacionándose con mayor depresión. Por lo que, los autores proponen que, la percepción de disponibilidad de apoyo permite al paciente utilizar como estrategia el uso del mismo. Por su parte, el apoyo real sólo será beneficioso sobre la salud, si logra influir a través del afrontamiento en aquellos pacientes con problemas para responder adecuadamente ante el estresor. Si no es así, el efecto directo del apoyo real producirá relaciones con niveles de depresión más elevados. Estos resultados confirman las propuestas de Barrera (1986) acerca de la movilización del apoyo ante un acontecimiento estresante, según ellas, un menor ajuste provoca más apoyo por parte de las fuentes cercanas que se relaciona con la percepción de estrés y uso de formas de afrontamiento.

Pero el apoyo social sólo tendrá un efecto directo y beneficioso sobre la depresión, si para el paciente las aportaciones de sus recursos de apoyo son útiles y le sirven para ajustarse o adaptarse. En nuestra opinión además, la utilidad de los recursos de apoyo sobre el ajuste del sujeto debe comprobarse a largo plazo. Para cada individuo la incorporación de nuevas formas de afrontamiento y el grado de eficacia de las mismas dependen de su uso regular y de periodos más o menos prolongados. Los resultados de Komproe et al (1997) van en la línea de los de otros autores acerca de la movilización del apoyo (Neuling y Winefield, 1988; Bolge et al., 1996 y Broomfield et al., 1997) Sin embargo, la ventaja del trabajo de Komproe et al (1997) es que incluye la interacción de la percepción de la enfermedad y las variables de afrontamiento para demostrar un efecto amortiguador interactivo y/o independiente. Otros trabajos no han considerado dichas variables al evaluar el apoyo social ante una situación estresante y, en ocasiones, se ha asumido uno u otro tipos de efectos del apoyo en los resultados de salud sin que realmente se hayan comprobado según la dirección teórica propuesta (Komproe et al., 1997)

Otros trabajos, estudian la existencia de efectos amortiguadores del apoyo social evaluando la percepción de la enfermedad y/o las formas de afrontamiento como variables mediadoras en la relación entre apoyo social y salud (Dunkel-Schetter et al; 1992; Behen y Rodrigue; 1994; y Pennix et al; 1998). Así, Dunkel-Schetter et al (1992) mostraron que el mayor uso de estrategias de “Búsqueda de Apoyo Social” y de “Escape Conductual” estaba relacionado con el hecho de vivir sólo y pertenecer a grupos de apoyo. La pertenencia a grupos de apoyo se asoció también con un mayor uso de estrategias de “Escape Cognitivo” y “Centrarse en aspectos positivos”. No se muestran resultados del apoyo social como predictor de la percepción de la enfermedad ni del Estado emocional, mientras que el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento (Búsqueda de Apoyo social, Centrarse en lo Positivo, Distanciamiento, y Escape Cognitivo y Conductual) se relacionó con estados emocionales positivos. Estos resultados son contradictorios con los de Behen y Rodrigue (1994) en cuanto que ni la cantidad ni la satisfacción con el apoyo mostraron relaciones con el afrontamiento descartándose así, un efecto amortiguador del apoyo social. En este trabajo las estrategias de “Aceptación-Resignación” y “Evitación” se relacionaron con estados emocionales desadaptativos (depresión, ansiedad y enfado). Cabe resaltar que en ambos trabajos las

estrategias de afrontamiento han sido utilizadas como variables dependientes y el estado emocional no se ha considerado como un resultado de salud, sino como variable predictora del afrontamiento junto con el apoyo social.

Una alternativa a la hora de demostrar los efectos amortiguadores del apoyo social ha sido utilizar muestras sanas y enfermas (cáncer, enfermedad pulmonar, artritis y diabetes), comparando entonces, según presencia o ausencia de un acontecimiento estresante severo (Pennix et al., 1998). El objetivo de este estudio es determinar un efecto directo o amortiguador del apoyo social y del afrontamiento utilizando como variable dependiente la depresión. Consideran un efecto directo cuando el apoyo o el afrontamiento se relaciona con la depresión tanto en muestras sanas como enfermas. El efecto amortiguador se confirma si existen diferencias en los coeficientes de relación obtenidos del apoyo y/o afrontamiento con la depresión entre muestras sanas y enfermas. Si en las muestras de enfermos la relación del afrontamiento y el apoyo en la depresión es significativamente superior se asume un efecto amortiguador. En cuanto al grupo de pacientes de cáncer ninguna de las variables de apoyo que se relacionaron con la depresión (nº de contactos con "otros" y apoyo instrumental) mostraron diferencias significativas con las muestras de sanos. No se atribuye entonces un efecto amortiguador del apoyo. En el caso del afrontamiento (índice general y traducido del término "mastery") los pacientes de cáncer se diferenciaban de la muestra de sanos y en este sentido, se concluye un efecto amortiguador del afrontamiento. En este estudio, se establece por un lado la influencia de las estrategias de afrontamiento en el estado emocional, y no las del apoyo. Hubiera sido interesante confirmar si el apoyo era un predictor del afrontamiento. De esta manera, podríamos haber comprobado si el apoyo actuaba a través del afrontamiento y éste con los resultados emocionales; entonces además del efecto directo del apoyo, se hubiera comprobado un efecto amortiguador a través del afrontamiento.

Los resultados de otros trabajos coinciden en examinar las relaciones del apoyo social con variables de percepción de enfermedad, afrontamiento y ajuste emocional, y en dos de ellos, proponen resultados diferentes en cuanto a la variable sexo (Fife et al., 1994; Fife, 1995; Baider, 1996; Baider, 1998). Fife et al., (1994) establece las variables predictoras del ajuste psicológico diferenciando entre hombres y mujeres. Para ello, utiliza como variable dependiente el ajuste psicológico y como variables independientes el apoyo social, las

estrategias de afrontamiento, la percepción de enfermedad y las respuestas emocionales (depresión). Desde el planteamiento de los autores la dirección sería que el apoyo social y las estrategias contribuyen a la percepción del significado de la enfermedad, éstas sobre las respuestas emocionales y todas ellas sobre el ajuste psicológico. Los resultados confirman que por un lado, para las mujeres el apoyo social de la familia muestra un ajuste positivo y las estrategias de "Evitación" y "Negación" un ajuste negativo. En el caso de los hombres es el apoyo de los profesionales el que se relacionó con el ajuste. Finalmente, menor amenaza percibida por la enfermedad y menor depresión predicen un mejor ajuste tanto en hombre como en mujeres. Este resultado coincide con los obtenidos por Baider (1996) quien igualmente, encuentra que la percepción de amenaza, en términos de intrusión o pensamientos negativos sobre la enfermedad, se relacionó con más distrés en hombres y mujeres, pero a diferencia de los resultados de Fife et al (1994), el apoyo social sólo se relacionó con el ajuste en el caso de los hombres.

El estudio de Fife et al (1994), muestra la contribución de las variables independientes sobre el ajuste en la dirección propuesta teóricamente. Según el modelo de Lazarus y Folkman (1986), la evaluación primaria entendida como percepción de amenaza por la enfermedad antecede a la valoración de recursos y estrategias para afrontar. Pero en este trabajo, se planteó que las estrategias de afrontamiento afectan a su vez a la reevaluación del acontecimiento estresante. Así, de acuerdo también con Lazarus y Folkman; (1986) se establece un proceso dinámico que situaba la percepción de la enfermedad como un paso posterior al uso de determinadas formas de afrontamiento. Quizá un paso más en todos estos trabajos hubiera sido confirmar además las relaciones del apoyo social como predictor del afrontamiento y/o de la percepción sobre la enfermedad. Así, además de sus efectos independientes sobre las variables de ajuste se hubiera podido determinar el efecto amortiguador del apoyo social. En este sentido, en un trabajo posterior se confirman este tipo de relaciones al reducir el apoyo social la percepción de amenaza por la enfermedad (Fife, 1995).

Frente a estos resultados, dos trabajos no aportan resultados respecto de los efectos del

apoyo social sobre la percepción de la enfermedad (Northouse; 1995 y Baider; 1998). En el trabajo de Northouse et al., (1995) el apoyo social no se relacionó con la percepción de la enfermedad ni ésta predijo los resultados de distrés emocional o ajuste social. El apoyo social mantuvo relaciones directas atenuando el nivel de distrés emocional, pero no se relacionó con el ajuste social, en términos de desempeño de roles. Los resultados de Baider et al., (1998) determinan igualmente, ausencia de relaciones entre apoyo social y percepción de enfermedad tanto en hombres como en mujeres; aunque las estrategias de afrontamiento estuvieron relacionadas con el distrés en el caso de las mujeres.

Si bien, hasta ahora los trabajos expuestos se ajustan a los planteamientos teóricos tradicionales de la relación entre apoyo social, afrontamiento y resultados de salud, Aymanns et al., (1995) plantean la posibilidad de relaciones bidireccionales entre apoyo y afrontamiento. Es decir, si las diferentes formas de apoyo influyen sobre las estrategias de afrontamiento del paciente, éste a su vez puede potenciar la intensidad y adecuación del apoyo cuando responde a su movilización y utiliza dichas estrategias reforzando esa relación. Se trata de conceptualizar también las relaciones entre apoyo social y afrontamiento como algo dinámico. Sus resultados mostraron que la "Minimización de la Amenaza" predijo en positivo la cantidad de apoyo Emocional. Por su parte, la "Rumiación" predijo la cantidad de apoyo instrumental y la "Evitación de la Comunicación" en sentido positivo, y el de "Animo/Iniciativa" en negativo. Finalmente, los grupos de sujetos con elevados niveles de adecuación y cantidad de apoyo emocional, mayor uso de diferentes formas de afrontamiento y menor uso de la "Rumiación" alcanzaban niveles más elevados de bienestar y menor desesperanza. Frente a ellos el grupo con menor cantidad de apoyo emocional y más inadecuado, con un uso menor de la Minimización de la Amenaza y más de la Rumiación, presentaban más Desesperanza y menor bienestar. A modo de conclusión con respecto a este trabajo, parecen ser las estrategias de afrontamiento cognitivas las que se relacionan en mayor medida con el apoyo, frente a las conductuales. Por otro lado, en este trabajo se subraya de nuevo la importancia de las variables de apoyo emocional en cuánto a los resultados de salud, así como al adecuación del mismo en el caso de los pacientes oncológicos, tal y como se ha venido refiriendo en la literatura al respecto (Aymanns et al., 1995).

Otros trabajos revisados presentan resultados independientes de la contribución tanto del apoyo social como del afrontamiento en relación a las variables de salud, pero no aportan datos de las relaciones entre apoyo social y formas de afrontamiento (Evans et al., 1993; Morales et al., 1997; Grassi et al., 1997; Sollner et al., 1997; Sollner et al., 1997;). Algunos autores encontraron relaciones que justificaban un efecto positivo tanto del apoyo social como de las variables de afrontamiento sobre el estado emocional y los resultados de adaptación (Grassi et al., 1997; Sollner et al., 1997; 1997b). Así el apoyo social y el espíritu de lucha se reducían los niveles de estrés psicológico, mientras que la desesperanza los incrementaba (Grassi et al., 1997). Así, los pacientes con niveles de apoyo social más bajo y los que utilizaban estrategias de afrontamiento de estilo depresivo presentan mayor estrés y mostraban interés en participar en programas de intervención o grupos de apoyo (Sollner et al., 1997b). Además, quienes percibían menor apoyo emocional de los profesionales y utilizaban más estrategias de afrontamiento activas deseaban recibir más apoyo emocional, terapias de grupo o incluso tratamientos alternativos (Sollner et al., 1997)

Por otro lado, en los trabajos de Vernon et al., (1997); y Morales et al., (1997) se subraya la contribución del afrontamiento o del apoyo social frente a la contribución combinada de ambas, tal y como se viene exponiendo en los trabajos anteriormente citados. En el trabajo de Vernon et al., (1997) tanto el número de proveedores de apoyo y la satisfacción con el mismo tuvieron efectos beneficiosos sobre la ansiedad y la depresión, mientras que el afrontamiento no predijo éstos resultados. Una posible explicación de los autores es la falta de consistencia interna de la escala de afrontamiento utilizada. Pero es posible que además, evaluar sólo dos dimensiones de afrontamiento como la “Búsqueda de información” o a la “Evitación Conductual” sea demasiado restrictivo en el caso de los pacientes de cáncer. Para este tipo de pacientes el manejo de la información resulta complejo, y en fases iniciales o de diagnóstico puede ser más probable encontrar otro tipo de estrategias cognitivas encaminadas a manejar en primer lugar el impacto emocional inicial (Minimización de la Amenaza, Pensamiento de Deseo, entre otras). Estos resultados no coinciden con los de Morales et al., (1997) quien demuestra la contribución de las variables de afrontamiento frente a las del apoyo social. En particular, la “Evitación” predijo mayores niveles de ansiedad y depresión. Por su parte, el “Espíritu de lucha”, el “Enfrentamiento” y la “Búsqueda de Consejos” se relacionaban con menor ansiedad y depresión. Dos aspectos de este trabajo

limitan la generalización del resultado en cuanto al apoyo social: el número limitado del grupo de estudio y que los índices de apoyo social estaban sobrerrepresentados siendo muy elevados en la mayoría de la muestra. Un último trabajo no mostró relaciones ni del apoyo ni del afrontamiento con el bienestar (Evans et al., 1993). En este trabajo, sólo determinadas variables de personalidad estaban relacionadas con el bienestar. Una posible explicación propuesta por los autores es que la muestra de estudio se encontraba en seguimiento y en estado de remisión de la enfermedad. En este sentido, la literatura aporta que la relevancia de las variables de afrontamiento y apoyo social se refleja sobre todo durante las fases de diagnóstico y tratamiento. (Funch y Mettlin., 1982; Revenson, Wollman y Felton., 1983; Morris., 1986).

A modo de conclusión, en una mayoría de trabajos se confirman las relaciones del apoyo social con determinadas formas de afrontamiento y/o percepción de estrés por la enfermedad, estableciéndose así, el efecto amortiguador o interactivo del apoyo social (Dunkel-Schetter., 1992; Fife, 1995; Aymanns et al., 1995; Komproe et al., 1996;). Es posible establecer además, efectos directos e independientes del apoyo social sobre la salud, lo que teóricamente se plantea como efectos aditivos de las variables independientes sobre los resultados de ajuste (Komproe et al., 1997). Frente a ellos otros autores no confirman el efecto amortiguador del apoyo social sobre la percepción de estrés y/o el afrontamiento (Behen y Rodrigue; 1994, Baider; 1998).

Otros trabajos muestran la contribución independiente del apoyo social y del afrontamiento y/o percepción de estrés sobre los resultados de ajuste, (Evans et al., 1993; Fife et al., 1994; Baider; 1996; Grassi et al., 1997; Sollner et al, 1997b; Sollner et al., 1997; Morales et al., 1997, Vernon et al., 1997 Pennix et al., 1998). Algunos muestran la contribución de los efectos de ambos constructos (Grassi et al., 1997; Sollner et al., 1997; Sollner et al., 1997b; Fife et al., 1994 y Baider et al; 1996). Otros destacan los efectos del afrontamiento frente a los del apoyo social en los resultados del ajuste (Morales et al., 1997, Pennix et al., 1998) y un trabajo, contrariamente subraya la contribución principal del apoyo social frente al afrontamiento en los resultados del ajuste (Vernon et al., 1997). Un último trabajo, no encuentra resultados ni del apoyo social, ni del afrontamiento con el ajuste (Evans et al.,

1993). Estos últimos trabajos señalan un efecto directo o independiente del apoyo social y/o del afrontamiento sobre los resultados de salud, aunque otros efectos amortiguadores podrían haber sido establecidos si las relaciones entre apoyo social y afrontamiento hubieran sido analizadas. (Tablas.3.2)



TABLA 3. I. APOYO SOCIAL Y SALUD

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Hoskins; (1995). Mama, N: 128	Predictores ajuste físico y emocional.	PRI Apoyo de la pareja	PAIS: Ajuste Psicologico PALCS: Funcionamiento de Rol SHS: Salud	Correlacional	Apoyo social Ajuste Psicológico + Síntomas Físicos -ris Estado de Salud -ns Funcionamiento de Rol -ns
Neuling and Winefield; (1988) Mama, N: 58	Evaluar Apoyo cirugía mama (T1,T2,T3)	MDSS Real, <i>Funcionaj</i> Cantidad, satisfacción. Emocional, tangible y informativo	STM-E-Ansiedad <i>Seif-ASS</i> : Depresión Actividad Social Ajuste físico	Diferencias	Cantidad Apoyo. Amigos Ansiedad (+), Depresión (+) Síntomas Físicos (+) Satisfacción Familiar y Profesional Ansiedad (-) y Depresión (-) Satisfacción tárniliar- Activ (+) Tangible (-) y Cáncer avanzado
Pistrang et al; (1995). Mama, N: 113	Relación del apoyo pareja y ajuste	«AD HOC» Hablar de la enfermedad, Empatía, Rechazo Satisfacción Relación <i>Real Funcionaj</i>	SCL-90 y POMS: Ansiedad Depresión Hostilidad	Correlacional Variables control edad	Hablar -- Ansiedad (-) Depresión Hostilidad (-) Satisfacción -- Depresión (-) y Hostilidad
Mathieson et al; (1996). Cabeza-cuello, NA5	AS, Calidad de vida y Estado Emocional	SSQ: Emocional Proveedores, Satisfacción Disponible, <i>Funcionaj</i>	FLIC: Calidad vida Bienestar físico Estado emocional Familia y Relaciones social CES-D Depresión	Regresión	Satisfacción AS, Médico familia Calidad vida (+) y Depresión
Broorrifield et al (1997). Orofacial, N.50	AS y ansiedad y Depresión	"AD HOC" Proveedores Apoyo Familia y Amigos Profesionales Comunidad	HAD Ansiedad y Depresión Puntuación Total	Correlaciones	AS FamiliarAmigos Ansiedad y Depresion (deseo informac) (+) AS FamiliarAmigos Ansiedad y Depresión (No deseo informa)
Gooding et al ; (1995) #Diagnosticos, N: 69	AS, Calidad de vida y Estado emocional	SPS: Puntuación total Guía, Aliento Alianza Integración Tranquilidad <i>Disponible, Funcional</i>	QL1: Calidad de Vida Síntomas físicos y Psicologicos (Puntuación total) BDI: BDI-E: emocional <i>BDI-P</i> : Físicos	Regresión	Apoyo Social.- BDI-Emocional (-), BDI-Físico y BDI-Total (-) No resultados Calidad y AS
Grassi y Rosti; (1996) #Diagnosticos, N:236	Relación conducta enfermedad y A.S.	SSL CSSI, DSSI, TSSI Apoyo cercano y De relaciones Sociales	IBQ: Afirmación Enfermedad Estado Afectivo SCL-90-R: Distrés General	Correlacional	Apoyo social. Afírm Enfer, (-) Estado afectivo No resulttados: AS-Distrés

TABLA 3. I. CONT.

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANALISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Reynolds et al; (1994) Mama, N: 1011	Lazos sociales, A.S y Pronostico	SIN Estructura; 1 Emocionafil nstru mentá <i>Real, Funcional</i>	Valoración de Historia Clínica Supervivencia	Regresión	AS Emocional - Supervivencia Lazos sociales Supervivencia ns
Bloom y Kessler (1994) Mama y colon, NA12	Apoyo Emocional y variables salud y sociales	PSSS Emocional Disponible, Funcional	PEF Funcionamiento de j Rol Deficits de Actividad SIP: Interacciones Familiares ISH: Contacto social SALUD: Estado actual Habilidad física	Regresión	(*)Predicho por: Mastectomía, QT Socioeconómicos Contactos Sociales n.s. Actividad (-) Interacción Familiar Salud n.s
Baker; (1992) Cabeza y cuello, N:51	AS Rehabilit	PRO-85 Puntuación Total Asistencia Integración Social 1 nti midad, Valoración Feed-back <i>Disponible Funionan.</i>	SIP: Disfunción Física Disfunción. Psicosocial Total	Correlaciones	Apoyo <i>Social</i> Disfuncion Psicosocial Total(-)
Roberts et al; (1993) Mama, N: 25	Información profesional en Ajuste	SSQa: Emocional <i>Real Funcional</i>	CDIS: Perc I nformac. <i>Habilidad prof.</i> SCL-90-R Distrés Psicológico	Regresión	Apoyo <i>Social</i> Distrés Psicológico ns Perc. Informac. Habilidad Distrés Psicológico
Slevin et al; 1996 #Diagnosticos, N: 431	Evaluación As y estado Emocional	"AD HOC» Tipos: Emocional Familiar, Profesional Amigos Grupos Apoyo, Medios Comunicación Satisfacción/cantidad Disponible Funcional	HAD: Ansiedad Depresión	Diferencias	Tipos de Apoyo Ansiedad ns y Depresión ns Satisfacción Ansiedad (-) y Depresión
Ngan et al ; (1994) Ginecologico, N115	Apoyo social y ajuste	'AD HOC" Emocional Información <i>Real Funcional</i>	'AD HOC" Ajuste social cambios en trabajo, capacidad, ocio, relación marital <i>HSR: Ansiedad</i>	Correlacional	<i>Apoyo social.-</i> Ajuste ns Ansiedad ns
Waxier- Morrison et al (1991) Mama, N: 113	Relación social y supervivencia	Disponible Frec. Conta Estado civil, Proveedor Apoyo familiar, amigos y vecinos <i>Estructural/Funcional</i>	Ind. Supervivencia Psicosoc Fact Actividad Enfado	Correlacional	Casado, frecuente contactos <i>Apoyo</i> amigos, y Total <i>Apoyo</i> Supervivencia (+), Actividad (+) y Enfado ns Contact Fami y Apoyo Fami, Contact Total Supervivencia. ns

TABLA 3. I. CONT.

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Maunsell et al; (1995) Mama, N: 224	A. Social y Supervivencia	"AD HOC" Relación Confianza Pareja, hijos, familia, vecinos, profesionales	Supervivencia (7 años)	Diferencias	NO confidentes (+ de 3) Supervivencia (+) Confidentes(+Profesional) Supervivencia
Bolger et al ; (1996) Mama, N1:274	Cambio AS (T1,T2)	ESSO: Emocional, Instrumental Valorat, Informacional Real Funciona;	IÍSC: Distrés: Ansiedad Depresión Enfado Incapacidad. Física (4)	Causal	T2: (-AS, -Incapacidad = distres TI, AS: Incapacidad (+) Distrés TI A. S-T2: AS(-) Incapacidad ns Distrés ns
Ell, et al (1992) Mama y pulmon, N:369	A. Social y Supervivencia	AVSI: Integración ADAT: Adecuación Apoyo Emocional	PYSDS:Distrés	Regresión	AS Emocional --tupervivencia mama(+)-Pulmón y Colón ns Localizado (+) No local ns En pareja mama (-) Pulmón y colón ns Localizado ns No local Integración Supervivencia ns No resultados:AS y Distrés
Irviin y Kramer; (1989) :ADiagnosticos, N:235	A.S Emocional Mantenido Y distrés (T1 y T2)	SSSI: Emocional mantenido y Cambios en A.S	SCL-90 Depresión	Regresión	Emocional mantenido Depresión ns Cambios en Emocional Depresión (-)
Manne et al; (1997) ;;~Diagnosticos, N: 158	AS Positivo AS Negativo en Distrés Weil- Being	ISSB: Emocional e Instrumental (espos/a) (5) Conductas. No Apoyo(esposola) Real Funciona;	CARES: Incapacidad. Funciona; PYSDS: Distrés Psicológico Well-being	Correlación Regresión	AS Positivo y AS Negativo ns AS Positivo Hombres: Distrés y Weil-Being ns Mujeres AS Positivo Well-being(+)-Distrés ns AS Positivo. Mujeres: Ajuste (+) Well-being AS Positivo Hombres: Ajuste ns Weil-being ns Más Incapacidad AS Positivo -#Distrés (+) AS Negativo _>Weil-being ns Menos Incapacidad AS Positivo --- > Distrés AS Negativo ->Weil-being

TABLA 3.1. CONT.

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Silliman et al; (1998) Mama, N302	AS Informativa y Salud	«AD HOC»: Apoyo familiar amigos Estar casado Atende Religioso Comunicación Profesional Medios Comunicación	SF-36: Gral. Emocion. "AD HOC" Emoc Especific Ca. Mama	Diferencias --- Regresión	AS medios /Edad (-) AS Familiar amigos ->Edad ns <i>Casado, Serv. Religioso y Comunic Profes.:</i> Salud Gral. Emocional. Salud Emocional Especifica (+)
Herndon et al (1999) Pulmón, N 206	AS Calidad Vida y Supervivencia	DUKE-UNC A.Afectivo A.Confianza <i>Funcional Real</i>	EORTC: Funcionaj, Sínto. Dific. Econom. Calidad V.Giob Supervivencia ECOG: C Func.	Regresión	<i>A.Afectivo, confianza Total</i> Supervivencia ns <i>A.Atéctivo,</i> Status funcionaj ECOG(+) <i>No resultados:</i> Calidad Vida / A.S
Zemore y Shepel (1989) Mama, N. 301	A. Emocional y Ajuste	SAS: 3 ítems: amigos Familia pareja y Total <i>Real Funcionaj</i>	SAS: Ajuste Social (7) EAS: Ajuste Emocional	Correlaciones	<i>A.Familiar- Aj Social y Emoc (+)</i> <i>A.Amigos Aj Social y Emoc (+)</i> <i>A. Pareja Aj Social y Emoc (+)</i> <i>A Total Aj Social y Emoc (+)</i>
Vogt et al (1992) Diagnosticos, N2603	Red Social, mortalidad e incidencia	HIS: (Amigos, Familiar Comunidad) Tamaño Ámbitos Frecuencia Contactos <i>Estructuraj</i>	Modalidad Incidencia	Regresión	<i>Apoyo Social -- Incidencia ns</i> <i>AS ámbitos dif Modalidad</i> AS Frecuencia Modalidad
Budin (1998) Mama, N1101	A.S y Ajuste, mujeres sin pareja.	SSNI: Puntuación total Proveedores Red Emocional, Tangible Reciprocidad Diponibilidad A. específico Cáncer <i>Disponil Real Func</i>	SDS: Síntomas PAIS: Ajuste Psicológico	Regresión	<i>Apoyo social</i> Ajuste Psicológico + <i>No resultados:</i> AS-Síntomas

TABLA 3.2. APOYO SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y VARIABLES PSICOSOCIALES

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Morales et al; (1997) Mama, N: 30	V. clínicas y Psicosociales en adaptac.	EEAS	MAC WOCQ Aceptación Cavilosidad Evitación, Lucha Enfrentamiento Búsqueda de Consejo	SDS (a) Ansiedad Depresión PAIS Ajuste Psicol	Regresión	AS -- Ansiedad ins y Depresión ns Evitación - Ansiedad y Depresión Lucha, enfrentamiento, búsqueda consejo Ansiedad y depresión No resultados: Coping-AS
Aymanns et al; (1995) #Diagnosticos, N169	Afrontamiento y AS. Patrones relación salud	FSM: Emocional Instrument Animo/Inicia Evita Comun (Canj y adec) Familiar Real Funcional	FEKB: Rumiación Búsqueda de Afiliación Minimización Amenaza Búsqueda Información	HS Desesperanz. SWB: Well-being AD HOC: Perc Ajuste y eficaz coping (Enfermo y médico)	Regresión Cluster	(*)Predicho por: Cant Emocional - Mi.Amenaza (+) Cant Instrument -- Rumiación (+) Cant Anirrilínicia - Rumiación Cant. Evit Cornu -- Rumiación Adecuación AS -- Cantidad AS Grupo 1 Grupo 11 (+) A. Emoc (-) Rumi (-)AEmoc (+) Rumi (+)Wellbeing (-)Des (-)Wellbeing (+)Des
Dunkei-Schetter et al; (1992) #Diagnosticos, N:668	AS y Distrés Predictores de; Afrontamiento	"AD HOC" Red deApoyo Grupos AS Real Estructura;	Evaluación estrés Enfer WOC-CA: Búsqueda de AS Escape-Evitación Cogni Distanciamiento Centrarse en Positivo Escape-Evitación Condu.	POMS: Estado Emocional	Regresión	Vivir sólo - Búsqueda As y Escape Cond (+) Grupo apoyo -- Búsqueda As ffi, Escape Cond(+), Centra Positi (+) y Escape Cogni(+) No resultados AS Estrés Enfermed. Estad Emociona
Grassi et al (1997) #Diagnosticos, N:136	AS y Afrontam Estrés Psicol,	SPS: Pton total Guía, Aliento Alianza Integración Tranquilidad Disponibile Funcional	MAC Espíritu de Lucha Desesperanza	BSI: Estrés Psicol. (GS1 indice) IBQ: Afirma Enfer Estado Afect KARNOFSK	Correlacional	Apoyo Social -- Estrés Psicol Lucha - Estrés Psicol (-) Desesperanza - Estrés Psicol No resultados AS.- Coping, Afirmaci Enf; Estado afect
Pennix et al ; (1998) # diagnósticos N: 179	AS y Afrontam Depresión,	2. Estructural Pareja P Cercanas Otros NO relaciones Emocional	PMS: Afrontamiento Global	CES-D Depresión	Regresión	Otros - Depresion Emocional - Depresión ns Instrumental -- Depresión (+) Coping - Depresión No resultados Coping-AS

		Instrumental Disponibile Funcional.			Distrés -AS
--	--	---	--	--	-------------



TABLA 3.2. CONT.

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Soliner et al; (1997) Melanoma, N: 215	AS y afrontam Adherencia y Otras Terapias	HQ: Pobre A.S Falta A.S	CISF: Estilos afrontam, Depresivo Activo al problema Distracción y animo Religiosidad Minimizar problema	"Ad hoc" Interés en AS Emocion Otros Ttos HQ: Distrés	Diferencias	Pobre AS médico -- AS Emocio Otros Ttos (+) y Psicoterapia Coping activo -- AS Emocio (+), Otros Ttos (+) y Psicoterapia No resultados Coping-AS Distrés-AS
Vernon et al ; (1997) Colon, N: 200	Predictores de Ansiedad Depresión	SSQ: <i>Disponible</i> Funcional	MBSS: <i>Activo</i> Evitativo	CES-D Depresión STA]: Ansiedad	Regresión	Proveedorl Satis - Ansiedad Depresión Coping - Ansiedad y Depresión ns No resultados: Coping-AS
Soliner et al; (1997b) Melanoma, N: 236	Relac distrés, Apoyo social y Interés en más AS	HQ: Pobre A. S Falta A.S ----- 'Ad hoc" Interés en A.S.	CISF: Estilos afrontamiento: Depresivo Activo al problema Distracción y animo Religiosidad Minimizar problema	HQ: Distrés: Sinto Fisicos Probl Emocio Preocup enf Tensión Confianza Autoimagen	Diferencias Regresión	Interés en A. S Distrés Total ----- Interés en A. S Bajo A.S y Coping Depresiv Coping Depresivo - distrés (+)
Northouse, L et al: (1995) Mama, N: 81	Factor relación ajuste.	SSQa Emocional Real Funcional	Muls: Incertidumbre enferm.	SDS: Sínto enf HS:Desesper. BSI: Distrés emoc PAIS: Ajuste Psico.	Correlacional Regresión	AS -- Incertidumbre ns AS Distrés Emoc. AS Ajuste Psico n.s.
Fife; (1995) ;,,Diagnosticos, N: 422	Predictores . Amenaza Enfe.	PSS-FA PSS-FR PSS-Pfr <i>Disponible</i> Funcional	CMS: Amenaza enfermedad WOCQ: <i>Activo</i> , Evitación Búsqueda AS Búsqueda AS espiritual Negación	POMS: Ansiedad Depresión PAIS: Ajuste	Regresión	Familia, Amigos, profesionales Amenaza(-) Amenaza - Ajuste (-) No resultados de AS Coping, AS-Ajuste, AS Ansie, Depre.
Behen, y Rodrigue (1994)	Predictores Afrontamiento	SSQ: Disponible Funcional	MCMQ: Confrontación, Evitación	STAL Ansiedad	Regresión	AS - Coping ns No resultados AS

;*Diagnosticos, N: 130			Aceptación- Resignación	Enfado SCL-90-R: Depresión	Ansie, Enfado, Depresión
---------------------------	--	--	----------------------------	----------------------------------	--------------------------

108



TABLA 3.2. CONT.

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Fife et al; (1994) #Diagnosticos, N:433	Predictor Ajuste según género	PSS-FA PSS-FR PSS-Pfr Disponible <i>Funcional</i>	CMS: Amenaza enfermedad woCQ Búsqueda AS <i>Evitación-Distancia</i> Búsqueda A. Religioso Centrarse en Positivo Afrontam Activo POS: Negación	PAiS: Ajuste Psicol POMS: Depresión	Regresión	Mujeres AS Fami -- Ajuste (+), AS Amigo -- Ajuste ns AS Profes. - Ajuste ns Amenaza - Ajuste (-), Depresión -- Ajuste Hombres AS Fami Ajuste ns, AS Amigo Ajuste ns AS Profes. Ajuste (+) Amenaza - Ajuste (-), Depresión Ajuste <i>No resultados:</i> AS coping AS Amenaza AS- Depresión
Tjems1and et al (1994) Mama, N: 85	Predictores Receptores Estrogeno (RE)	(6) Ind. Apoyo Función Relac Sociales Satisfacción FuncionalIReal	MAC: Espíritu lucha, Desesper. Preocup. Ansiosa Fatalismo. ES: Impacto Evento Intrusión, Evitación	MADRS: Depresión GHQ-28 Well-being	Regresión	Apoyo Social Receptores ns <i>No resultados</i> AS-Afrontam. AS-Depre/Well-being.
Baider et al; (1996) #Diagnosticos, n:166	Ajuste y Distrés	PSS-FA: Disponible Funcional	¡ES: Intrusión de la Enferme. Afrontamiento Evitacion	BSI: Índice Global Distrés (GSI) KARNOFS.	Regresión	Hombres AS -- GS1 Mujeres AS -- GSI ns Intrusión -- GSI <i>No resultados:</i> AS - Intrusión AS - Coping
Giraldi et al; (1997) Mama, N: 95	V psicosociales Relacion inicio y progresión.	SSj: CSSI, DSSI, TSSI UCLA-Soledad Funcional	MAC: Espíritu lucha, Desesper. Preocup. Ansiosa Fatalismo.	CES-D: Depresión SQ: Distrés CEC-S Enfado, Ansie. Tristeza, Pton. Total	Diferencias	Apoyo social - Pronóstico ns Vpsicosociales - Pronóstico ns <i>No resultados:</i> AS-Afrontamiento AS-Salud
Baider et al; (1998) #Diagnosticos, N:80	V psicosociales y Distrés	PSS-FA: Familiar Disponible Funcional	¡ES: Intrusión Enferm. Afrontamiento Evitación MAC Espíritu lucha,	BSI: Índice Global Distrés (GSI)	Regresión	Mujeres AS - Distrés (GSI) ns AS -- Intrusión ns Lucha - distrés (+) y Preoc ans - distrés

		Desesper. Preocup. Ansiosa Fatalismo		Hombres AS - Distrés (GSI) ns AS -- Intrusión ns
--	--	--	--	--

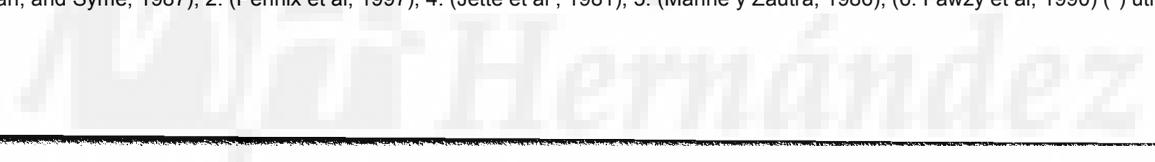


TABLA 3.2. CONT.

AUTORES	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Evans et al ; (1993) Leucemia, N: 40	Predictores de Bienestar Psic.	A-SSQ: Fuentes, Satisfacción Emocional Disponibilidad Funcional	CR: Activo-cognitivo Activo-Conductual Evitativo	GBI: Bienestar Psico	Correlación	Proveedor, Satisfacción y apoyo Bienestar Psico ns Coping - bienestar ns No resultados: Coping-AS
Komproe et al (1997) Mama, N: 219	Efectos del AS disponible y real en la salud	SPS: Guía, Afiliación "AD HOC" Emocional Informa Disponibilidad Funcional Real Funcional	«AD HOC» Percepción enfermedad Importancia y control UCL: Afronamiento Búsqueda de AS Búsqueda de Solución	CES-D Depresión	Causa	A. Dispon -- Depre (-), Percepción enfermedad ns y Busca de AS (+) A.Real - Búsqueda AS (+) Búsqueda de solución (+) Percepción control (+) y Depre

A-SSQ (Adaptación del cuestionario Sarason et al ; 1983); AVSI; ADAT(Henderson et al ; 1981); BDI (Beck Depresión Inventory; Beck et al ; 1961); BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis y Melisaratos; 1983); CES-D (Depresión Scale ; Raldoff; 1977); CEC-S (Questionnaire of Emotional Control; Watson y Greer; 1983); CISF (Coping llines Short Form; Muthny; 1989); CMS (Fife B.L; 1995); CR (Coping Responses; Billing y Moos ; 1981); DUKE-UNC (The DUKE-UNC Functional Support Questionnaire; Broadhead et al; (1988); EAS(7: Ajuste Emocional: Total Subescalas: Autoestima, Desesperanza, Hsotilidad, Sensibilidad; Satisfacción; Rosenberg; 1965; Becket al 1974; Derogatis et al ; 1974; Buss y Durke; 1955; Wood et al ; 1969); EEAS (Escala para la Evaluación del Apoyo Social, Adaptada por Conde y Franch; 1984); ESSO (Enacted Supportform others significant; House et al ; 1988); FEKB (Modes of Coping with bodily severaj disease; Klauer et al; 1990); FMS(Family support Mode; Aymans,1987); FLIC (Functional Living Index Cancer; Schipper et al ; 1984); GBI(General Behaviour Inventory; Evans et al ; 1980); GHQ-28(Golciberg y Williams; 1988); HQ(Quality of Life Questionnaire: Tillkorri et al ; 1990); HS (Hopelesness Scale; Beck et al;1974); HSC (Hopkins Symptom Cherclist; Derogatis et al 1974); HSR (Assessment of Arixiety states rating; Hamilton, A.; 1959); IBQ (Abnormal lliness Behaviour, Pilowsky et al; 1978); ¡ES (Impact of Events; Horowitz et al ; 1979); ISH (Index of Social Health, Donald and Ware; 1982); ISS13 ISSB=Inventario de Conductas sociales Proveedoras de Apoyo (inventario de Conductas sociales Proveedoras de Apoyo; Barrera et al; 1981); MAC (Mental Adjustment to Cáncer; Greer y Watson,1987); MADRS (Bech et al; 1993); MBSS (Miller Behavioral Style Scale ; Miller y Mangan; 1983); MCMQ (Medical Coping Mode Questionnaire; Feifel H., Strack, S; y Nagy V.T.1987); MIDSS (Multi dimensional Support Scale; Bloom et al, 1984); MUIS (Measurement of Uncertainly of Illnes; Mishel, M.; 1981); PAIS (Psychosocial Adjustment lo illness Scale; Derogatis; 1983, 1991); PALCS (Profile ofAdaptation to Life, Clinical Scale; Ellsworth,1981); PEF (Psychiatruic Evaluation Form; Siptzer et al. 1986); PMS (Pearlin Mastery Scale; Pearlin y Schooler; 1978); POMS (Lorr et al; 1984); POS (Personal Opinion Survey; Meyerowitz; 1983); P.R.I. (The partner Relationships Inventory Hoskins, C.N. ; 1988); PRQ-85(Personal Resources Questionnaire; Weiner et al; 1988); PSS-Fa, Fr, Pd (Apoyo social frniliar, de amigos y profesionales Procidano y Heller; 1983); PSSS(Perceived Social Siupport Scale, Flamer, D. Unplublished); PYSDS(Mental Health Inventory: Subescala distrés Veit et al ; 1981); OLI (Quality of Life Inclcx for patients with cancer; Padilla et al; 1983); RMHI (Rand Mental Helath Index; Stewart et al ; 1992); SAS (Social Adjustment Scale; Weissman y Bothweil; 1976); SC1-90-R (Derogatis; 1983); SDS (Symptorri Distress Scale; McCork1e el al, 1978;); SDSa (Zung; Zigmond y Snaith, 1983); SF-36 (Short-form Health Status Survey; Ware et al ; 1992); SHS (Seif-rated Health Subscale of Multilevel Assessment Instrument; Lawton et al; 1982); SIP (Sickness Impact Profile; Gi1son et al ; 1975); SNI(Berkman et al; 1977); SPS (Social Prvision Scale; Cutorna y Russell; 1987, 1990); SQ (Symptom Questionnaire; Ke1iner et al; 1987); SS11 (Social Support Interview; Surtees, PG; 1980; CSSI apoyo familiar; DSSI: apoyo difuso vecinos, compañeros ect.TSS: apoyo total) ; SSQ (Sarason,Levine, Basham y Sarason, 1983); SSOa (Northouse; 1988); STA¡ (Spielberger, 1983, 1988);); UCLA (The revised UCLA Loneliness Scale, Russell et al; 1980); LIC1- (Utretch coping List; Schreus et al; 1988); WOCQWOCQ-CA (Dunkei-Schetter et al; 1992); 1: (Seeman; and Syme; 1987); 2: (Pennix et al; 1997); 4: (Jette et al ; 1981); 5: (Manne y Zautra; 1986); (6: Fawzy et al; 1990) (*) utilizan apoyo social como Variable dependiente.

--



4.3.2.1 APOYO SOCIAL Y SALUD

AUTORES	N	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Hoskins; (1995)	128	Predictores ajuste físico y emocional.	PRI Apoyo de la pareja	PAIS: Ajuste Psicolog PALCS: Func. Rol SHS: Salud	Correlacional	Ajust. Psicol + Sínt. Físic -ns Est. Salud- ns Func. Rol -ns
Neuling and Winefield; (1988)	58	Evaluar Apoyo cirugía mama (T1,T2,T3)	MDSS <i>Real Funcional</i>	STAI-E-Ansiedad Self-ASS: Depresión Actividad Social Ajuste físico	Diferencias Control de v. enfermedad v. sociodemog	<i>Cantidad A. Amigo</i> Ansiedad+ Depr+ Sínt. Físicos + <i>Satis. Fami y Prof.</i> Ansiedad – Depresión – <i>Satis. Fami Activ+</i> <i>Tangible-</i> <i>Ca Avanzado</i>
Pistrang et al; (1995)	113	Relación del apoyo pareja y ajuste	“AD HOC” Hablar enfermedad, Empatía, Rechazo Satisfacc. Relación <i>Real Funcional</i>	SCL-90 y POMS: Ansiedad Depresión Hostilidad	Correlacional v. control edad	<i>Hablar:</i> Ansie (-) Depr (-) Hostilidad (-) <i>Satisfacción:</i> Depresión (-) Hostilidad (-)
Mathieson et al; (1996)	45	AS, Calidad de vida y Estado Emocional	SSQ: Emocional Provved, Satisfacc <i>Disponible Funcional</i>	FLIC: Calidad vida Bienestar físico Estado emocional Familia y Relac social CES-D Depresión	Regresión	<i>Satisfacción AS</i> <i>Médico familia:</i> Calidad vida (+) Depresión (-)
Broomfield et al (1997)	50	AS y ansiedad y Depresión	“AD HOC” Proveedores Apoyo Familia y Amigos Profesionales Comunidad	HAD Ansiedad y Depresión Pton . Total	Correlaciones	<i>AS Fami/Amigos</i> Ansie y Depr + (deseo informac) <i>AS Fami/Amigos</i> Ansie y Depr - (No deseo informa)
Gooding et al ; (1995)	69	AS, Calidad de vida y Est emocional	SPS: Pton total Guía, Aliento Alianza Integración Tranquilidad <i>Disponible Funcional</i>	QLI: Calidad de Vida Síntomas físicos y Psicolog (Pton total) BDI: BDI-E: emocional BDI-P: Físicos	Regresión	<i>Apoyo Social:</i> BDI-Emocional (-) BDI-Físico (-) BDI-Total (-) <i>Noresultados</i> Calidad y AS
Grassi y Rosti; (1996)	236	Relación cda. enfermedad y A.S.	SSI: CSSI, DSSI, TSSI Apoyo cercano y De relac. sociales	IBQ: Afirmación Enfermed. Estado Afectivo SCL-90-R: Distrés G.	Correlacional	Afirm Enfer. (-) Estad afectiv (-) <i>No resultados:</i> AS-Distrés
Reynolds et al; (1994)	1011 mama	Lazos sociales, A.S y Pronostic	SIN <i>Estructural Disponible</i> 1 Emoc/Ins <i>Real Funcional</i>	V de Historia Clínica Supervivenc	Regresión	<i>Emocional</i> Superviven (+) <i>Lazos sociales</i> Superviven ns
Bloom y Kessler (1994)	412	Apoyo Emoc. y variables salud y sociales	PSSS <i>Disponible Funcional</i>	PEF:Funcion Rol Def Activida SIP: Interac. Fam. ISH: Contacto social SALUD: Estado actual Habilidad física	Regresión	(*)Predicho por: Mastectomía, QT Socioeconóm (-) Contact Soc n.s. Actividad (-) Interac Fam (+) Salud n.s

4.3.2.2 APOYO SOCIAL Y SALUD

AUTORES	N	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Baker; (1992)	51	AS Rehabilit	PRQ-85Pton Tot. Asistencia Integración Soc. Intimid, Valorac Feed-back <i>Disponible Func.</i>	SIP: Disfunc. Física Disfunc. Psicos Total	Correlaciones	<i>Apoyo Social</i> Disfunc. Psicos (-) Total (-)
Roberts et al; (1993)	25	Información profesional en Ajuste	SSQa: Emocional <i>Real Funcional</i>	CDIS: Perc Informac. habilidad prof. SCL-90-R Distrés Psicol.	Regresión	<i>Apoyo Social</i> Distrés Psicol ns <i>Perc. Informac. habilidad</i> Distrés Psicol (-)
Slevin et al; 1996	431	Evaluación As y estado Emoc.	“AD HOC” Tipos: Emocional Famili, Profesional Amigos Grupos A, Medios Comunicac Satisfacción <i>Disponible Funcional</i>	HAD: Ansiedad Depresión	Diferencias	<i>Tipos de Apoyo</i> Ansiedad ns Depresión ns Satisfacción Ansiedad (-) Depresión (-)
Ngan et al ; (1994)	115	Apoyo social y ajuste	“AD HOC” Emocional Información <i>Real Funcional</i>	“AD HOC” Ajuste social cambios en trabajo, capacidad, ocio, relación marital HSR: Ansiedad	Correlacional	Ajuste ns Ansiedad ns
Waxler- Morrison et al (1991)	133 mama	Relación social y supervivencia	<i>Estructural</i> Disponible Frec. Conta E. civil, Proveedor Apoyo fam, amigos y vecinos <i>Funcional</i>	Ind. Superviv Psicosoc Fact Actividad Enfado	Correlacional	<i>Casado, frecuente contactos A.amigos, y Total Apoyo</i> Supervivencia + Actividad+ Enfado ns <i>Contact y Apoyo Fami, Contact Tot</i> Supervivencia ns
Maunsell et al; (1995)	224 mama	A. Social y Superviven	“AD HOC” Relac. Confianza (Pareja, hijos, familia, vecinos, profesionales)	Supervivencia (7 años)	Diferencias	<i>Nº confidentes (+ de 3):</i> Supervivencia + <i>Confidentes(+Profesional)</i> Supervivencia +
Bolger et al ; (1996)	274	Cambio AS (T1,T2)	ESSO: Emocio, Instrum Valorat, Informa. <i>Real Funcional</i>	HSC: Distrés: Ansiedad Depresión Enfado ----- Incapacidad. Física (4)	Causal	T2 : (-AS, -Incapacid, = distres) T1, AS: Incapacidad (+) Distrés (-) T1 A.S-T2: AS (-) Incapacidad ns Distrés ns
Ell, et al (1992)	369 mama y pulmón	A. Social y Superviv.	AVSI: Integración ADAT: Adecuación Apoyo. Emocional	PYSDS: Distrés	Regresión	<i>A.Emoc → Supervivencia mama(+)</i> Pulmón y Colón ns Localizado (+) No local ns <i>En pareja → Supervivencia mama (-)</i> Pulmón y colón ns Localizado ns No local (-) <i>Integración</i> Supervivencia ns <i>No resultados: AS y Distrés</i>
Irwin y Kramer; (1989)	235	A.S Emoci. Mantenido Y distrés (T1 y T2)	SSSI: Emocional mantenido y Cambios en A.S	SCL-90 Depresión	Regresión	<i>Emocional mantenido</i> Depresión ns <i>Cambios en Emocional</i> Depresión (-)

Tabla 4.3.2.3.: APOYO SOCIAL Y SALUD

AUTORES	N	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Manne et al; (1997)	158	AS Positiv AS Negativ en Distrés Well-Being	ISSB: Cdtas de apoyo: Emoci e Instru. (espos/a) (5) Cdtas. No Apoyo(espos/a) <i>Real Funcional</i>	CARES: Inca. Funcional PYSDS: Distrés Psicol. Well-being	Correlacion ----- -Regresión	<i>AS Pos y AS Neg ns</i> <i>AS Pos Hombres:</i> <i>Distrés y Well-Being ns</i> <i>Mujeres AS Pos</i> <i>Well-being(+)</i> <i>Distrés ns</i> ----- <i>AS Pos. Mujeres:</i> <i>Ajuste (+) Well-being (+)</i> <i>AS Pos. Hombres:</i> <i>Ajuste ns Well-being ns</i> <i>Más Incapacidad</i> <i>AS Pos. → Distrés (+)</i> <i>AS Neg → Well-being ns</i> <i>Menos Incapacidad</i> <i>AS Pos → Distrés (-)</i> <i>AS Neg → Well-being (-)</i>
Silliman et al; (1998)	302	AS Inform. y Salud	“AD HOC”: A.familia/amigos Estar casado Atende Religioso Comunic. Profes Medios Comunic	SF-36: Gral. Emocion. “AD HOC” Emoc Especific Ca. mama	Diferencias ----- --- Regresión	A. medios /Edad (-) A Familia/amigos ►Edad ns ----- <i>Casado, Serv. Religioso y</i> <i>Comunic Profes.:</i> Salud Gral. Emocion. (+) Salud Emoc Especific (+)
Herndon et al (1999)	206 pulmón	AS Calidad Vida/Superv	DUKE-UNC A.Afectivo A.Confianza A.Total <i>Funcional/Real</i>	EORTC: Funcional,Sínto. Dific. Econom. CalidadV.Glob Supervivencia ECOG: C Func.	Regresión	<i>A .Afectivo, confianza Total</i> <i>Supervivencia ns</i> <i>A .Afectivo,</i> <i>Status funcional ECOG(+)</i> <i>No resultados:</i> <i>Calidad Vida / A.S</i>
Zemore y Shepel (1989)	301	A.Emociona. y Ajuste	SAS: 3 ítems: amigos Familia pareja y Total <i>Real Funcional</i>	SAS: Ajuste Social (7) EAS: Ajuste Emocio	Correlacione	<i>A.Fami: Aj Social y Emoc +</i> <i>A.Amig Aj Social y Emoc+</i> <i>A.Pareja Aj Social y Emoc+</i> <i>A Total Aj Social y Emoc+</i>
Vogt et al (1992)	2603 Diag ≠	Red Social, mortalidad e incidencia	HIS: (Amigos, Famil Comunidad) Tamaño Ámbitos Frecuen. Contact <i>Estructural/Dispon</i>	Mortalidad Incidencia	Regresión	<i>Apooyo Social</i> <i>Incidencia ns</i> <i>Apooyo Social ámbitos dif.</i> <i>Mortalidad (-)</i> <i>Apooyo Social Frecuencia</i> <i>Mortalidad (-)</i>
Budin (1998)	101	A.S y Ajuste, mujeres sin pareja.	SSNI: Pton total Proveedores Red Emocion, Tang. Reciprocidad Diponibilidad A.especifico Ca. <i>Disponi/Real/Func</i>	SDS: Síntomas PAIS: Ajuste Psicolog	Regresión	<i>Ajuste Psicolog +</i> <i>No resultados:</i> <i>AS-Síntomas</i>

4.4.1. APOYO SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y VARIABLES PSICOSOCIALES

AUTORES	N	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Morales et al; (1997)	30	V. clínicas y Psicosociales en adaptac.	EEAS <i>No descrita</i>	MAC WOCQ Aceptación Cavilosidad Evitación, Lucha Enfrentamiento Búsqueda de Consejo	SDS (a) Ansiedad Depresión PAIS Ajuste Psicol	Regresión	AS-Ansiedad ns AS-Depresión ns Evi-Ansie, Dep+ Lucha,enfr,cons Ansie y depre - <i>No resultados:</i> Coping-AS
Aymanns et al; (1995)	169	Afrontamiento y AS. Patrones relación salud	FSM: Emocional Instrument Animo/Inicia Evita Comun (Cant y adec) Familiar <i>Real Funcional</i>	FEKB: Rumiación Búsqueda de Afiliación Minimización Amenaza Búsqueda Información	HS Desesperanz. SWB: Well-being AD HOC: Perc Ajuste y eficaz coping (Enfermo y médico)	Regresión v. control: Sociodemog ----- Cluster	(*)Predicho por: <i>Cant Emocional</i> Mi.Amenaza (+) <i>Cant Instrument:</i> Rumiación (+) <i>Cant Anim/inicia</i> Rumiación (-) <i>Cant. Evit Comu</i> Rumiación (+) <i>Adecuación AS</i> Cantidad AS ----- Grupos: +A.Emoc - Rumi +Wellbeing -Des -AEmoc + Rumi -Wellbeing +Des
Dunkel-Schetter et al; (1992)	668	AS y Distrés Predictores del Afrontamiento	"AD HOC" Red deApoyo Grupos AS <i>Real Estructural</i>	Evaluación estrés Enfer WOC-CA: Búsqueda de AS Escape-Evitación Cogni Distanciamiento Centrarse en Positivo Escape-Evitación Condu.	POMS: Indice Global Est Emocion.	Regresión	<i>Vivir sólo</i> Búsqueda As (+) Escape Cond(+) <i>Grupo apoyo</i> Búsqueda As (+) Escape Cond(+) Centra Positi (+) Escape Cogni(+) <i>No resultados AS</i> Estrés Enfermed. Estad Emociona
Grassi et al (1997)	136	AS y Afrontam Estrés Psicolo,	SPS: Pton total Guia, Aliento Alianza Integración Tranquilidad <i>Disponible Funcional</i>	MAC Espiritu de Lucha Desesperanza	BSI: Estrés Psicol. (GSI índice) IBQ: Afirma Enfer Estado Afect KARNOFSK	Correlacional	AS-Estrés Psi (-) Lucha-Estr Ps(-) <i>No resultado AS:</i> Coping, Afirmaci Enf; Estado afect
Pennix et al ; (1998)	165	AS y Afrontam Depresión.	<i>2.Estructural</i> Pareja P Cercanas Otros Nº relaciones Emocional Instrumental <i>Disponible Funcional:</i>	PMS: Afrontamiento Global	CES-D Depresión	Regresión v. Control: Sociodemográf clínicas	<i>Otros</i> Depresión (-) <i>Emocional</i> Depresión ns <i>Instrumental</i> Depresión (+) Coping-Dep (-) <i>No resultados</i> Coping-AS
Sollner et al; (1997)	215	AS y afrontam Adherencia y Otras Terapias	HQ: Pobre A.S Falta A.S	CISF: Estilos afrontam. Depresivo Activo al problema Distracción y animo Religiosidad Minimizar problema	"Ad hoc" Interés en AS Emocion Otros Ttos HQ: Distrés	Diferenicas	<i>Pobre AS médico</i> AS Emocio (+) Otros Ttos (+) Psicoterapia (+) Cop activo (=) <i>No resultados</i> Coping-AS Distrés-AS

4.4.2. APOYO SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y VARIABLES PSICOSOCIALES

AUTORES	N	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Vernon et al ; (1997)	200	Predictores de Ansiedad Depresión	SSQ: <i>Disponible Funcional</i>	MBSS: Activo Evitativo	CES-D Depresión STAI: Ansiedad	Regresión V control: Sociodemográ Clínicas	<i>Proveedor/ Satis</i> Ansiedad (-) Depresión (-) Coping -Dist ns <i>No resultados:</i> Coping-AS
Sollner et al; (1997b)	236	Relac distrés, Apoyo social y Interés en más AS	HQ: Pobre A.S Falta A.S ----- "Ad hoc" Interés en A.S.	CISF: Estilos afrontamiento: Depresivo Activo al problema Distracción y animo Religiosidad Minimizar problema	HQ: Distrés: Sinto Físicos Probl Emocio Preocup enf Tensión Confianza Autoimagen	Diferencias ----- Regresión	<i>Interés en A.S</i> Distrés Total (+) ----- <i>Interés en A.S</i> Bajo A.S Coping Depresiv Cop Depre + distres
Northouse, L et al: (1995)	81	Factor relación ajuste.	SSQa Emocional <i>Real Funcional</i>	MUIS: Incertidumbre enferm.	SDS: Sínto enf HS:Desesper. BSI: Distrés emoc PAIS: Ajuste Psico.	Correlacional ----- - Regresión V. control : Educación Tratamiento	AS Incertidumbre ns ----- - AS Distrés Emoc. (-) Ajuste Psico n.s. Incer-Dsires ns
Fife; (1995)	422	Predictores . Amenaza Enfe.	PSS-FA PSS-FR PSS-Pfr <i>Disponible Funcional</i>	CMS: Amenaza enfermedad WOCQ: Activo, Evitación Búsqueda AS Búsqueda AS espiritual Negación	POMS: Ansiedad Depresión PAIS: Ajuste	Regresión	<i>Familia, Amigos, profesionales:</i> Amenaza (-) <i>No resultados de AS Coping, AS-Ajuste, AS Ansie, Depre.</i>
Behen, y Rodrigue (1994)	130	Predictores Afrontamiento	SSQ: <i>Disponible Funcional</i>	MCMQ: Confrontación, Evitación Aceptación-Resignación	STAI: Ansiedad Enfado SCL-90-R: Depresión	Regresión Control de: v. enfermedad v. sociodemo.	AS-Coping ns Resigna-ansie + Evita ansie+ <i>No resultados AS</i> Ansie, Enfado, Depresión
Fife et al; (1994)	433	Predictor Ajuste según género	PSS-FA PSS-FR PSS-Pfr <i>Disponible Funcional</i>	CMS: Amenaza enfermedad WOCQ Búsqueda AS Evitación-Distancia Búsqueda A. Religioso Centrarse en Positivo Afrontam Activo POS: Negación	PAIS: Ajuste Psicol POMS: Depresión	Regresión	<i>AS. Mujer</i> <i>Fami Ajuste (+)</i> <i>Amigo Ajuste ns</i> <i>Profes. Ajuste ns</i> Amena ajuste(-) Evit -Ajuste+ Nega -Ajuste- <i>AS. Hombres</i> <i>Fami Ajuste ns</i> <i>Amigo Ajuste ns</i> <i>Profes. Ajuste (+)</i> Amena-ajust (-) <i>No resultados:</i> AS- coping AS-Amenaza AS- Depresión
Tjemsland et al (1994)	85 mama	Predictores Receptores Estrogeno (RE)	(6) Ind. Apoyo Función Relac Sociales Satisfacción <i>Funcional/Real</i>	MAC: Espiritu lucha, Desesper. Preocup. Ansiosa Fatalismo. IES: Impacto Evento Intrusión, Evitación	MADRS: Depresión GHQ-28 Well-being	Regresión	<i>Apoyo Social</i> Receptores ns Coping-Recep ns <i>No resultados</i> AS-Afrontam. AS-Depre/Well-being.
Baider et al; (1996)	166	Ajuste y Distrés	PSS-FA: <i>Disponible Funcional</i>	IES: Intrusión de la Enferme. Afrontamiento Evitacion	BSI: Indice Global Distrés (GSI)	Regresión	<i>Hombres AS:</i> GSI (-) Intusión-GSI +

					KARNOFS.		<i>Mujeres AS</i> GSI ns <i>Intrusin-GSI (+)</i> <i>No resultados:</i> AS-Coping
--	--	--	--	--	----------	--	--



4.4.3..APOYO SOCIAL, AFRONTAMIENTO Y VARIABLES PSICOSOCIALES

AUTORES	N	OBJETIVO	APOYO SOCIAL	PERC. ENFERMEDAD AFRONTAMIENTO	SALUD	ANÁLISIS	RESULTADOS APOYO SOCIAL
Giraldi et al; (1997)	95 mama	V psicossociales Relacion inicio y progresión.	SSI: CSSI, DSSI, TSSI UCLA-Soledad	MAC: Espíritu lucha, Desesper. Preocup. Ansiosa Fatalismo.	CES-D: Depresión SQ: Distrés CEC-S Enfado, Ansie. Tristeza, Pton. Total	Diferencias	<i>Apoyo social</i> Pronóstico ns <i>V psicossociales</i> Pronóstico ns Coping- Pronost ns <i>No resultados:</i> AS-Afrontamien AS--Salud
Baider et al; (1998)	80	V psicossociales y Distrés	PSS-FA: Familiar <i>Disponible Funcional</i>	IES: Intrusión Enferm. Afrontamiento Evitación MAC Espíritu lucha, Desesper. Preocup. Ansiosa Fatalismo	BSI: Indice Global Distrés (GSI)	Regresión	<i>A Social Mujeres</i> Distrés (GSI) ns Intrusión ns <i>A Social Hombres</i> Distrés (GSI) ns Intrusión ns Lucha-distrés+ Preoc ans-distre+
Evans et al ; (1993)	40	Predictores del Bienestar Psic.	A-SSQ: Fuentes, Satisfacción Emocional <i>Disponible/Funci.</i>	CR: Activo-cognitivo Activo-Conductual Evitativo	GBI: Bienestar Psico	Correlacion	<i>Proveedor, Satisfac y apoyo</i> Bienestar Psico ns Coping-biens ns <i>No resultados:</i> Coping-AS
Komproe et al ; (1997)	219	Efectos del AS disponible y real en la salud	SPS: Guía, Afiliación "AD HOC" Emocional Informa <i>Disponible/Func Real/Func</i>	"AD HOC" Percep enfermedad Importancia y control UCL:Afrontamiento Búsqueda de AS Búsqueda de Solución	CES-D Depresión	Causal	<i>A.Dispon</i> Depre (-) Percep enf ns Busca de AS (+) <i>A.Real</i> Afrontamiento (+) Perc control (+) Depre (-)

SSQ (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983); SSQa (Northouse; 1988) MCMQ (Medical Coping Mode Questionnaire (Feifel H.; Strack, S; y Nagy V.T.1987); STAI (Spielberger, 1983, 1988); SCL-90-R (Derogatis; 1983); P.R.I. (The partner Relationships Inventory Hoskins, C.N. ; 1988), PAIS (Psychosocial Adjustment to Illness Scale; Derogatis; 1983, 1991); PALCS (Profile of Adaptation to Life, Clinical Scale; Ellsworth, 1981) SHS (Self-rated Health Subscale of Multilevel Assessment Instrument; Lawton et al; 1982); MDSS (Multi dimensional Support Scale): POMS (Lorr et al; 1984); CMS (Fife B.L; 1995); WOCQ, WOCQ-CA (Dunkel-Schetter et al; 1992), PSS-Fa, Fr, Prf (Apoyo social familiar, de amigos y profesionales Procidano y Heller; 1983) PSSS (Perceived Social Support Scale, Flamer, D. Unpublished) PEF (Psychiatric Evaluation Form; Siptzer et al. 1986) SIP (Sickness Impact Profile; Gilson et al ; 1975) ISH (Index of Social Health, Donald and Ware; 1982); MUIS (Measurement of Uncertainty of Illness) Mishel, M.; 1981); SDS (Symptom Distress Scale; McCorkle et al, 1978;); HS (Hopelessness Scale; Beck et al; 1974); BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis y Melisaratos; 1983) SSI (Social Support Interview; Surtees, PG; 1980; CSSI apoyo familiar; DSSI: apoyo difuso vecinos, compañeros ect. TSS: apoyo total) ; IBQ (Abnormal Illness Behaviour, Pilowsky et al; 1978); SNI (Berkman et al; 1977); I: (Seeman; and Syme; 1987); HQ (Quality of Life Questionnaire: Tilkorn et al ; 1990); CISF (Coping Illness Short Form; Muthny; 1989); MBSS (Miller Behavioral Style Scale ; Miller y Mangan; 1983); CES-D (Depresión Scale ; Raldoff; 1977); EEAS (Escala para la Evaluación del Apoyo Social, Adaptada por Conde y Franch; 1984) MAC (Greer.....), SDSa (Zung, ...); FMS (Family support Mode; Aymans, 1987) FEKB (Modes of Coping with bodily several disease; Klauer et al; 1990) SPS (Social Provision Scale; Cutorna y Russell; 1987, 1990), 2: (Pennix et al; 1997); PMS (Pearlin Mastery Scale; Pearlin y Schooler; 1978) IES (Impact of Events; Horowitz et al ; 1979) HSR (Assessment of Anxiety states rating; Hamilton, A.; 1959) HSC (Hopkins Symptom Checklist; Derogatis et al 1974) ESSO (Enacted Support form others significant; House et al ; 1988); (4: Jette et al ; 1981) AVSI; ADAT (Henderson et al ; 1981) PYSDS (Mental Health Inventory: Subescala distrés Veit et al ; 1981) ISSB ISSB=Inventario de Conductas sociales Proveedoras de Apoyo (Inventario de Conductas sociales Proveedoras de Apoyo; Barrera et al; 1981) (5: Manne y Zautra; 1986) POS (Personal Opinion Survey; Meyerowitz; 1983), SF-36 (Short-form Health Status Survey; Ware et al ; 1992) DUKE-UNC (The DUKE-UNC Functional Support Questionnaire; Broadhead et al; (1988) (6: Fawzy et al; 1990); MADRS (Bech et al; 1993); GHQ-28 (Goldberg y Williams; 1988); UCLA (The revised UCLA Loneliness Scale, Russell et al; 1980); SQ (Symptom Questionnaire; Kellner et al; 1987) CEC-S (Questionnaire of Emotional Control; Watson y Greer; 1983) PRQ-85 (Personal Resources Questionnaire; Weiner et al; 1988) SAS (Social Adjustment Scale; Weissman y Bothwell; 1976), EAS (7: Ajuste Emocional: Total Subescalas: Autoestima, Desesperanza, Hostilidad, Sensibilidad; Satisfacción; Rosenberg; 1965; Becket al 1974; Derogatis et al ; 1974; Buss y Durke; 1955; Wood et al ; 1969) RMHI (Rand Mental Health Index; Stewart et al ; 1992) FLIC (Functional Living Index Cancer; Schipper et al ; 1984); A-SSQ (Adaptación del cuestionario Sarason et al ; 1983), CR (Coping Responses; Billing y Moos ; 1981) GBI (General Behaviour Inventory; Evans et al ; 1980) QLI (Quality of Life Index for patients with cancer; Padilla et al; 1983) BDI (Beck Depression Inventory; Beck et al ; 1961) UCL (Utrecht coping List; Schreus et al; 1988) (*) utilizan apoyo social como Variable dependiente.

ESTUDIO EMPIRICO



OBJETIVOS E HIPÓTESIS

 Miguel
Hernández

1. OBJETIVOS

1.1. GENERALES

La investigación psicosocial aplicada al ámbito de la salud aporta resultados que confirman los efectos beneficiosos del apoyo social en el ajuste y adaptación de los enfermos crónicos y en particular, oncológicos (Heller y Swindle, 1983; Mitchell, Billing y Moos, 1982; Rook, 1983; Gracia Fuster y cols, 1995; Barrón, 1996, López-Cabanas y Chacón, 1997; Mathieson et al, 1996; Bloom y Kessler, 1994; Irwing y Kramer, 1989, Herndon et al, 1999, entre otros). Sin embargo, todavía son necesarios más estudios que permitan concluir cuáles son los mecanismos y determinantes implicados en la relación de apoyo social y resultados de salud. En la actualidad, una de las cuestiones más importantes en este ámbito es definir operativamente las dimensiones del apoyo social y unificar criterios de evaluación que permitan comparar los efectos sobre la salud a través diferentes pacientes, dimensiones evaluadas y contextos específicos (House y Khan; 1985; O'Really; 1988; Winemiller; 1993). Una propuesta acerca de la definición conceptual del constructo de apoyo plantea tres niveles de análisis: Relaciones sociales, Red social y Apoyo social. Éste último es el que se identifica con las funciones que pueden cumplir las relaciones sociales, en sus aspectos cualitativos, y en los efectos beneficiosos que tienen para la salud (House y Khan; 1985, Díaz Veiga; 1987). Sobre la base del interés en estas cuestiones nos planteamos los siguientes objetivos:

- *Comprobar las propuestas teóricas que se enmarcan en el tercer nivel de análisis del apoyo social y que se identifican con la definición funcional del apoyo.*
- *Analizar los efectos del apoyo social sobre la salud partiendo de las relaciones propuestas en la teoría: efectos interactivos o amortiguadores del apoyo, aditivos e independientes*

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

En la actualidad, el término apoyo social sigue vinculado a diferentes aspectos tanto de la cantidad y existencia de las relaciones sociales, de la estructura y propiedades de las mismas, y de las funciones que cumplen. (Rodríguez-Marín; 1992) Todos estos aspectos han puesto de manifiesto la complejidad del constructo y en consecuencia, una gran variedad en cuanto a la utilización de una u otra perspectiva de estudio, niveles de análisis, dimensiones y variables de evaluación (House y Khan, 1985; Heitzamn y Kaplan, 1988; Vaux, 1988; O'Really, 1988; Vaux, 1992; Winemiller, 1993). Esto se demuestra a través de las revisiones empíricas realizadas por diferentes autores que, finalmente, subrayan la diversidad conceptual más que la uniformidad (Tardy; 1985; Winemiller; 1993).

Desde una perspectiva contextual el apoyo social es entendido como un proceso dinámico e interactivo en el que determinadas cuestiones están implicadas: especificar la situación de apoyo en términos de presencia o ausencia de un acontecimiento estresante (ej: padecer cáncer), además de, la estabilidad o los cambios que se producen a corto y a largo plazo (Sarason et al, 1994; Wortman y Conway, 1985; Gracia Fuster, 1995; Barrón, 1996) En este sentido, la literatura señala la necesidad de poder evaluar el apoyo social utilizando instrumentos específicos para muestras de enfermos oncológicos, que por su brevedad permitan ser aplicados a ámbitos de salud y además, recabar información de todas las dimensiones del constructo de apoyo social (Broadhead y Kaplan, 1990; Bottomley, 1995).

En la literatura, algunos autores se presentan diferentes clasificaciones de las redes de apoyo que determinan el grado de cercanía de los miembros: Familiar, Social, Profesionales entre otros (Pattison, 1981; Lin, 1986; Gottlieb, 1981; Pearlin, 1985; Tardy, 1985). Por otro lado, se describe una gran diversidad de acciones específicas de apoyo y categorías (Procidano y Heller, 1983; Wills; 1985; Vaux et al, 1986, 1987; Dakof y Taylor, 1990, Stanfeld y Marmot, 1992; Winemiller, 1993; Bottomley, 1995; Khrhisnasany, 1996 entre otros).

De modo que unificar criterios respecto de la evaluación del constructo de apoyo, y la necesidad de operativizar las variables y dimensiones implicadas es uno de los objetivos prioritarios en el área de investigación del apoyo social (O'Really; 1988; Winemiller; 1993; Blanchard et al, 1995). Por las razones expuestas, nuestro primer objetivo general se concreta en parte en los siguientes objetivos específicos:

- 1. Analizar las siguientes dimensiones del apoyo funcional: proveedores, adecuación y acciones de apoyo específicas. Asimismo comprobar la pertinencia de evaluar el apoyo real ante un acontecimiento estresante específico (padecer cáncer) utilizando un instrumento breve que permita ser aplicado en ámbitos de salud mediante entrevista.*
- 2. Determinar la estabilidad de las dimensiones y variables de apoyo que son percibidas por un grupo de pacientes oncológicos tras un periodo de tiempo determinado.*
- 3. Comprobar la estructura de agrupación de los proveedores de apoyo y su correspondencia con el grado de cercanía de los miembros y relación con el paciente.*
- 4. Demostrar si las distintas acciones de apoyo se agrupan conforme a contenidos similares en las dimensiones teóricas que mayoritariamente se refieren en la literatura sobre la evaluación del constructo de apoyo social funcional*

Distintos autores subrayan que la percepción de apoyo y más concretamente la calidad del mismo (adecuación o satisfacción) está determinado por el grado de conflicto o cohesión de las relaciones entre proveedores y receptores de apoyo (Cutrona y Russell; 1990; Cutrona y Shur, 1992; Cutrona y Shur; 1994). De hecho, el clima familiar, junto con la sinceridad o la deseabilidad social han sido las variables que mayoritariamente se han utilizados para contrastar la validez de las diferentes medidas de apoyo social (Henderson

et al, 1980; McFarlane et al, 1981; Procidano y Heller; 1983; Norbeck et al, 1983; Sarason et al; 1983; Vaux et al, 1986, 1987; Revenson et al, 1991). Por lo que, del primer objetivo general se concretan además los siguientes dos objetivos específicos:

5. *Especificar cuáles son las relaciones que se establecen entre las dimensiones de apoyo social evaluadas y variables del contexto familiar (Expresión, conflicto y cohesión)*
6. *Determinar la validez de las dimensiones de apoyo evaluadas comprobando las relaciones con la sinceridad*

En la literatura se refiere la necesidad de un mayor número de investigaciones sobre apoyo desde una perspectiva transaccional que permita comparar el apoyo que es ofrecido por los proveedores y el que es percibido en la situación específica de la interacción (Wortman y Conway; 1985). Se sugiere así, profundizar en los procesos de percepción de quien recibe el apoyo desde el contexto en el que es transferido (Sarason et al, 1994). En este sentido, se propone analizar el apoyo desde la perspectiva del receptor y del proveedor comparandolo, por ejemplo, con el informe de los familiares o a través de variables "objetivas" (Dakof y Taylor, 1990; Sarason et al, 1994). Es así que, de nuestro primer objetivo general se desprenden estos dos objetivo específicos:

7. *Comprobar el grado de acuerdo entre el apoyo social que percibe el paciente y el informe del familiar o proveedor de apoyo.*
8. *Establecer la relación entre determinadas acciones de apoyo percibidas por el paciente y otras variables "objetivas" referidas por el familiar y el profesional de la salud sobre dichas acciones.*

En la literatura se establecen diferencias en cuanto al apoyo social entre hombres y mujeres sugiriéndose que las expectativas acerca del apoyo son diferentes entre ambos (Derlega et al, 1994). De modo que, en algunos trabajos y en cuanto a la percepción de apoyo social, se señalan diferencias respecto de hombres y mujeres, además de otras variables sociodemográficas como la edad, vivir en pareja o estar casado (Dakof y Taylor, 1990; Fife et al, 1994 Harrison et al, 1995 y Mor et al, 1992; Aymanns et al, 1995; Schulz y Rau, 1985; Berkman, 1985; Waxler-Morrison et al, 1991, Ell et al, 1992; Dunkel-Schetter, 1992; Cutrona y Shur, 1992; Pistrang, 1995; Silliman et al, 1998) .

Por otro lado, en el caso del paciente oncológico la percepción de apoyo y sus efectos dependen en cierto modo de las diferencias en cuánto a determinadas variables de enfermedad (Brown et al, 1989b; Dunkel-Schetter, 1984, Littlefield et al, 1990; De Ridder-Schereus, 1996; Giraldi et al, 1997;). En concreto, se han estudiado las diferencias en apoyo según diagnóstico, estadios, pronóstico y tiempo desde la enfermedad (Peters-Golden, 1982, Neuling y Winefield, 1988; Dakof y Taylor 1990, Bolger et al, 1996; Ell et al, 1992 Maunsell et al, 1995; Herndon et al, 1998) . El interés de recoger esta información se refleja en los objetivos:

9. *Comparar la satisfacción con el apoyo percibido de distintos proveedores y acciones de apoyo, así como las relaciones entre proveedores, satisfacción y acciones.*

10. *Estudiar las diferencias en proveedores, satisfacción y acciones de apoyo respecto de variables sociodemográficas y de enfermedad.*

Desde la hipótesis de los efectos amortiguadores o interactivos y las teorías sobre afrontamiento se establece que el apoyo social a través del afrontamiento atenúa el impacto del acontecimiento estresante (Lin y Ensel, 1989 y Lin et al, 1985; Thoit, 1986). De tal modo que, en condiciones de estrés elevado el apoyo social ayuda a redefinir el daño potencial del estresor y/o facilita los procesos de afrontamiento, cambio de estrategias y adaptación (House, 1981; Vaux, 1988 Cohen y Wills, 1988). Por otro lado, los estudios que evalúan una o varias funciones de apoyo que mejoran las habilidades de afrontamiento obtendrán este

tipo de efecto amortiguador a través de la evaluación del estresor y formas de afrontamiento, y éste será más claro si se evalúan ante estresores vitales severos y cuando todavía están operando los procesos de ajuste (Cohen y Wills, 1985; Frydman, 1981; Kessler y Essex, 1982; Dean y Ensel, 1982; Anhensel y Stone, 1982 Kessler y McLeod; 1985; Lin y Cols; 1985). Por lo que nuestro segundo objetivo general se concreta en este primer objetivo específico:

11. Demostrar la influencia del apoyo social a través de su relación con la percepción de estrés percibido por la enfermedad y el uso de las estrategias de Afrontamiento.

En términos generales, existe acuerdo común acerca de la importancia del apoyo social así como del uso de determinadas formas de afrontamiento en cuanto a sus efectos beneficiosos sobre la salud, facilitando la adaptación y el ajuste del paciente oncológico (Cohen y Syme, 1985; Lazarus y Folkamn, 1984) Si bien, la literatura aporta trabajos en los que se establecen efectos directos y beneficiosos del apoyo social fomentando el ajuste (Zemore y Shepel, 1989; Baker, 1992; Hoskins et al, 1995 Manne et al, 1997 Budin, 1998; Gooding et al, 1995 Neuling y Winefield 1988; Waxler-Morrison; 1991 Ell et al; 1992 Slevin et al 1996 Maunsell et al 1995; Broomfield et al; 1997 entre otros): Por otro lado, las diferentes formas de afrontamiento también establecen relaciones con los resultados de salud e índices de adaptación en pacientes oncológicos (Greer; 1991, 1997; Ferrero et al, 1995; Lampic et al, 1994; Claseen et al, 1996; Schnoll et al, 1998 entre otros). A pesar de ello, el patrón de relaciones y efectos entre ambas variables o su contribución diferencial en cuanto a índices de salud difiere a través de la revisión de los trabajos empíricos en los que ambas variables han sido contempladas. En la literatura se concretan, los posibles efectos que sobre la salud tiene el apoyo social en relación a la presencia de un acontecimiento estresante y se distinguen así, dos tipos de efectos: los interactivos y los aditivos. En los de tipo aditivo cada variable independiente contribuye significativamente explicando la variable dependiente y éstas mantienen relaciones entre sí. Igualmente, ocurre con los efectos aditivos independientes, sólo que las variables independientes entre sí no están relacionadas. Por último, respecto de los efectos interactivos dos o más variables independientes crean conjuntamente las condiciones que contribuyen a la explicación de

la variable dependiente (Lin; 1986; Lin y Ensel; 1989, Ensel y Lin; 1991). Por lo que partiendo de nuestro objetivo general, éste se concreta en un último objetivo específico:

12. *Determinar en qué medida el apoyo social percibido, la percepción de enfermedad y las formas de afrontamiento influyen en las respuestas de ansiedad y depresión así como, en los índices subjetivos de salud referidos por el paciente, para finalmente, determinar el en qué medida se establecen efectos amortiguadores o interactivos, aditivos o independientes del apoyo social en los resultados de salud.*



2. HIPÓTESIS:

La exposición de las hipótesis se realizará siguiendo el orden de los objetivos expuestos que se indicará para cada una de ellas. No formularemos hipótesis del primer objetivo específico por tratarse de un análisis descriptivo del concepto y las dimensiones del apoyo social. A continuación, justificaremos nuestra primera hipótesis que se corresponde con el segundo objetivo específico.

En la literatura , los índices de estabilidad obtenidos a través de diferentes medidas de apoyo, y en periodos relativamente cortos, oscilan entre .40 y .90 (Henderson et al., 1980; Barrera et al., 1980,1981., MacFarlane., 1981; Norbeck et al; 1983; Sarason et al ; 1983; Veiel ; 1990; Courneya y MacCuley; 1995; y Vázquez-Morejón y García Bóveda; 1997). En particular en una muestra de pacientes de cáncer se presentan índices superiores a .70 (Bottomley; 1995). Por lo que a través de un análisis factorial formulamos que:

H1: Las dimensiones de apoyo evaluadas en dos momentos y en un corto periodo de tiempo, mostrarán elevados índices de relaciones positivas y significativas. (Obj.2)

Una cuestión frecuente en el estudio del apoyo social funcional es el intento de delimitar las diferentes categorías de apoyo así como especificar las acciones específicas a las que se refieren (Wortman y Conway; 1985, Dakofy Taylor; 1990) Las categorías de acciones de apoyo más representativas, y que con mayor frecuencia han sido mencionadas en la literatura son las siguientes: Emocional Instrumental e Informativo (Bloom, 1982; House y Khan, 1985; Tardy; 1985; Wills, 1985 ; Diaz Veiga; 1987; Lemos Giraldez y Fernández-Hermida; 1990; Cutrona y Russel, 1990; Winemiller et al, 1993; Krishnasamy; 1996 Barrón, 1996). En nuestro estudio las soluciones factoriales de las dimensiones de apoyo mostrarán que:

H2: Las redes de proveedores de apoyo estarán definidas por la familia (pareja, hijos, padres y hermanos), otros proveedores del entorno social (amigos, compañeros de trabajo y vecinos), y finalmente, los proveedores profesionales (médicos y enfermeras) (Obj. 3)

H3: Las acciones específicas se agruparán en las siguientes categorías de apoyo: Emocional, Informativo e Instrumental. Éstas estarán compuestas por acciones específicas de contenido similar y representativas de las mismas. (Obj. 4)

Con respecto al contexto familiar, algunos autores establecen relaciones positivas y significativas de las dimensiones de apoyo social con la cohesión, afiliación y funcionamiento familiar, y negativas con el conflicto (Vaux et al, 1986, Vaux, 1987; Courneya y McAuley, 1995; Bellón Saameño et al, 1996). Otros autores justifican la validez de las medidas de apoyo mostrando la ausencia de relaciones entre sinceridad o deseabilidad social con las dimensiones de apoyo (Revenson et al, 1991; Norbeck et al, 1983; Procidano y Heller, 1983; Sarason et al, 1983). Por lo que mediante el análisis de relaciones de las dimensiones de apoyo con el clima familiar y la sinceridad esperamos que:

H4: Las variables de expresión y cohesión familiar estarán relacionadas en sentido positivo con las dimensiones de apoyo evaluadas, mientras que el conflicto familiar lo estará en sentido negativo (Obj.5)

H5: Las dimensiones de apoyo no mostrarán relaciones significativas con la medida de sinceridad del paciente. (Obj.6)

En la literatura son escasos los trabajos en los que se compara el apoyo percibido con el provisto. Cutrona y Shur (1994) compararon el apoyo que era percibido por el receptor con el que era provisto por el esposo/a a su pareja, y no encontraron diferencias significativas entre el número de acciones de apoyo que eran provistas y percibidas. Otros autores,

muestran índices de coincidencia que se situaban alrededor de un 50% entre las conductas de apoyo que eran provistas y percibidas (Wills et al., 1974). En nuestro estudio nos planteamos establecer la validez del apoyo que es percibido por el paciente comparandolo con el informe del familiar y profesionales acerca del que el que le es provisto y esperamos que:

H6: La percepción de apoyo del paciente se relacionará positiva y significativamente con el informe del familiar acerca de la provisión de apoyo y no mostrándose diferencias significativas entre ellos. (Obj. 7-8)

H7: Los índices de coincidencia entre la provisión y percepción de las acciones de apoyo, informadas por el paciente frente a las del familiar y profesional serán moderados (Obj. 7-8)

Se ha demostrado que en el caso de los pacientes oncológicos los índices de satisfacción más elevados se dan en el caso de la familia y los profesionales de la salud (Neuling y Winefield, 1988; Mathieson et al, 1996; Slevin et al, 1996; Pistrang et al, 1995 Silliman et al, 1998). Asimismo, el apoyo emocional es el que con mayor frecuencia es mencionado por los pacientes oncológicos (Dunkel-Schetter, 1981; Dakof y Taylor, 1990; Krishnasamy et al; 1996, 1996a; House y Khan, 1985; Irwin y Kramer, 1988; Zemore y Shepel, 1989; Reynolds et al, 1994; Bloom, 1981, 1990; Ell et al, 1992; Hegelson y Cohen, 1996; Slevin et al, 1996; Vernon et al, 1997 Spiegel et al, 1997, entre otros.). Por lo que esperamos que:

H8: Los índices de satisfacción serán elevados, y significativamente diferentes, en el caso de los proveedores familiares y profesionales de la salud respecto de otros proveedores. (Obj. 9)

H9: Las acciones de apoyo de tipo emocional mostrarán mayor frecuencia y se diferenciarán significativamente del resto. (Obj. 9)

Las diferencias entre hombres y mujeres en las dimensiones de apoyo se han mostrado respecto del número y tipo de proveedores, y de las acciones o categorías de apoyo (Fife et al, 1994; Harrison et al, 1995; Dakof y Taylor,1990; Mor et al, 1992). En concreto, algunos trabajos presentan diferencias en cuánto a que determinadas acciones de apoyo emocional y número de proveedores se perciben en mayor medida por las mujeres, y las de tipo instrumental por los hombres (Maccoby, 1990, 1991; Tannen, 1990; Thompson y Pleck, 1981, Wheler et al., 1983, Cit en Burleson et al., 1994). Por lo que esperamos que:

H10: El número de proveedores y de determinadas acciones de apoyo emocional serán percibidas con una frecuencia significativamente mayor en el caso de las mujeres con respecto a los hombres. (Obj. 10)

En el paciente oncológico, se han estudiado las diferencias en apoyo según diagnóstico, estadios, pronóstico y tiempo desde la enfermedad (Peters-Golden, 1982, Neuling y Winefield, 1988; Dakof y Taylor 1990, Bolger et al, 1996; Ell et al, 1992 Maunsell et al, 1995; Herndon et al,1998). Por ejemplo, a estadios más avanzados e incapacidad, más apoyo y en particular mayor número de acciones de carácter instrumental o tangible (Neuling y Winefield, 1998, Bolger et al, 1996). Por lo que, esperamos encontrar que

H11: los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia, los que están en estadios de enfermedad más avanzada, y los de peor pronóstico percibirán significativamente un mayor número de acciones de apoyo instrumental o tangible (Obj. 10)

Diferentes trabajos confirman las relaciones del apoyo social con determinadas formas de afrontamiento y/o percepción de estrés por las enfermedad, estableciéndose así, el efecto amortiguador o interactivo del apoyo social. En concreto, se muestran relaciones significativas y positivas del apoyo con estrategias del tipo “Minimización de la Amenaza”, “Pensamientos Positivos”, y “Escape Cognitivo y Conductual”, así como con mayor percepción de control

sobre la enfermedad y menor amenaza percibida (Aymanns et al, 1995; Komproe et al ; 1996 Fife; 1995; Dunkel-Schetter; 1992;). Además, la literatura apoya que el efecto amortiguador se muestra cuando se evalúa el apoyo social ante estresores específicos y recientes (Turner; 1983; Schaefer y cols; 1981; Vaux; 1988; Barrón; 1996). Así pues, puesto que la situación de evaluación del apoyo en este trabajo implica por un lado, evaluación de características funcionales del apoyo ante la presencia de un estresor severo como es padecer cáncer, conforme a las propuestas teóricas sobre el efecto del apoyo social formulamos la siguiente hipótesis:

H12: Las dimensiones de apoyo social, proveedores, satisfacción y en particular, las diferentes acciones de apoyo estarán significativamente relacionadas con las variables de percepción de estrés por la enfermedad y uso de estrategias de afrontamiento, en la dirección teórica que se propone acerca del efecto amortiguador del apoyo. (Obj:11)

En un trabajo se establecen tanto efectos directos o independientes, como amortiguadores del apoyo social, lo que teóricamente es definido como efectos aditivos de las variables independientes sobre los resultados de salud (Komproe et al., 1997). Sin embargo, no hay muchos trabajos que hayan analizado la posibilidad tanto de efectos amortiguadores como directos del apoyo social, es decir de los efectos aditivos. La mayoría han analizado unos u otros, sin concretar la relación entre las variables independientes de apoyo social, percepción de estrés y/o afrontamiento(Grassi et al., 1997; Sollner et al., 1997; Sollner et al., Fife et al, 1994; Baider; 1996 Morales et al;1997, Pennix 1998 Vernon: 1997 Evans et al; 1993). Así, algunos trabajos muestran la contribución de los efectos de ambos constructos sobre los resultados de salud (Grassi et al; 1997; Sollner et al; 1997; Sollner et al 1997b; Fife et al;1994; Baider; 1996). Otros destacan los efectos del afrontamiento frente a los del apoyo social (Morales et al;1997, Pennix 1998) y en un estudio, se subraya la contribución del apoyo social frente al afrontamiento en los resultados de salud (Vernon; 1997). Un último trabajo, no encuentra resultados ni del apoyo social, ni del afrontamiento (Evans et al ; 1993). Estos últimos trabajos señalan un efecto directo o independiente del apoyo social y/o del afrontamiento sobre los resultados de salud, aunque otros efectos

amortiguadores podrían ser establecidos si la relación entre apoyo social y afrontamiento hubiera sido analizada. Por su parte y en términos generales, las propuestas teóricas acerca de los efectos del apoyo social en relación a otras variables independientes y resultados de salud refieren tanto la posibilidad de efectos aditivos como interactivos o independientes (Lin, 1986 Cit en López Cabanas y Chacón; 1997); y Lin y Ensel (1989 Cit en López Cabanas y Chacón; 1997) De tal modo que tanto desde las propuestas teóricas como desde las aportaciones empíricas acerca de los efectos del apoyo social y otras variables independientes no existen resultados concluyentes. Por esta razón no formularemos hipótesis con respecto al último de nuestros objetivos.



METODO



2. METODO :¡Error!Marcador no definido.

El estudio empírico se ha desarrollado con dos muestras de pacientes oncológicos. Con los datos obtenidos de la primera muestra se realiza parte del análisis descriptivo del apoyo social, y el estudio de la adecuación conceptual y metodológica de la escala que lo evalúa (Objetivos 1-8).

Con los datos recogidos en la segunda muestra, completaremos los objetivos descriptivos en lo referente a las dimensiones de apoyo evaluadas (proveedores, satisfacción y acciones de apoyo) y llevaremos a cabo el estudio de los efectos del apoyo social sobre los resultados de salud. (Objetivos 9-12)

Las razones que justifican la utilización de dos muestras son, en primer lugar, no sobrecargar con múltiples medidas las entrevistas con pacientes oncológicos. En muchos casos es frecuente que su estado de salud no lo permita, y en cualquier caso, no nos parece adecuado. En segundo lugar, las entrevistas se mantienen en el ámbito hospitalario, mientras el paciente espera para recibir su tratamiento o entrevistarse con el médico, lo que "obligaba", en cierto sentido, a que fueran breves. En tercer lugar, la entrevista con un paciente de cáncer supone, además de obtener la información que se precisa, permitir que exprese sus problemas emocionales y preocupaciones cuando así lo desee, lo que requiere más tiempo de dedicación. Por último utilizar múltiples medidas de evaluación en una sola sesión puede provocar respuestas distorsionadas.

En el apartado de sujetos, describiremos ambas muestras por separado, mientras que en los siguientes apartados detallaremos de forma conjunta los instrumentos variables y procedimiento.

2.1. SUJETOS:

La primera muestra de estudio estaba compuesta por 109 pacientes que fueron atendidos en las Sección de Oncología del Hospital de San Juan de Alicante del S.V.S. El grupo de la segunda muestra lo formaban 131 pacientes que fueron atendidos en las Secciones de Oncología de los Hospitales de San Juan (N=38) y del General de Alicante (N=93), del S.V.S. La selección de los sujetos fue realizada por los oncólogos de ambos hospitales según los criterios siguientes:

- Pacientes diagnosticados de Cáncer en diferentes fases de enfermedad o tratamiento.
- Sin antecedentes Psiquiátricos.
- Sin metástasis cerebrales que pudieran alterar las funciones cognitivas del sujeto.

2.1.1. DESCRIPCIÓN MUESTRA I:

- **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.**

De los 109 pacientes estudiados, un 38.5% eran varones (N=42) y un 61.5% mujeres (N=67). La media de edad es de 58.9 años (dt=12.3) para la muestra total, y de 60.4 (dt=12.8), y 57.9 (dt=12.0) para hombres y mujeres respectivamente. El rango de edad oscila entre 20 y 81 años. En el rango comprendido entre 46 y 70 años se encuentra un 67.3% de los sujetos de la muestra. (Ver Tabla 2.1).

Tabla 2.1: Características Sociodemográficas.

Edad:	N	%	Edad:	X	DT	Rango
20-45	18	16.8	Varones	60.4	12.8	20-79
46-58	28	26.2	Mujeres	57.9	12.0	36-81
59-70	44	41.1				
71-81	17	15.9				
Total:	107	100		58.9	12.3	20-81
Sexo:	N.	%				
Varones	42	38.5				
Mujeres	67	61.5				
Total:	109	100				

Del total de los sujetos, un 72.5% están casados. En cuanto al nivel educativo, un 43.1% de los sujetos ha realizado estudios primarios, un 33.0% sólo leen y escriben, y un 23.9% se distribuye entre el resto de niveles (0.9% iletrados, 10.2% estudios medios, y un 12.8% son diplomados o Titulados Superiores). Para establecer el nivel profesional hemos utilizado la clasificación de profesiones que se presenta en el apartado de Anexos. Según este modelo aparecen siete niveles, siendo el "1" el que corresponde a la situación profesional más baja y que incluye a las amas de casa, y el "7" el nivel profesional más alto. En nuestra muestra un 29.4% de los sujetos, pertenecen al nivel 1, un 25.7% un 17.4% al nivel 2 y 3, respectivamente, y el resto 27.5% se distribuye entre el resto de niveles. Respecto a la situación laboral, un 38.5% están en activo y un 33% son jubilados. (Ver Tabla 2.2).

Tabla 2.2: Características Sociodemográficas.

	N	%	N Total
E. CIVIL:			109
Casado/a	79	72.5	
Viudo/a	14	12.8	
Soltero/a	11	10.1	
Separado/a	5	4.6	
N. EDUCATIVO:			109
Iltrado	1	0.9	
Leer y escribir	36	33.0	
E.G.B. ó similar	47	43.1	
B.U.P., F.P. ó similar	11	10.1	
Título Medio	6	5.5	
Título Superior	8	7.3	
N. PROFESIONAL:			109
Nivel 1	32	29.4	
Nivel 2	28	25.7	
Nivel 3	19	17.4	
Nivel 4	20	18.3	
Nivel 5	3	2.8	
Nivel 6	7	6.4	
SIT. LABORAL:			106
Activo	42	39.6	
Paro	13	12.3	
Jubilado	36	34.0	
I.L.T. (Incapacidad laboral temporal)	10	9.4	
I.L.P. (Incapacidad laboral permanente)	5	4.7	

- **VARIABLES DE HISTORIA CLINICA.**

Uno de nuestros objetivos fue que la muestra de estudio representase las diferentes patologías oncológicas. Por esta razón se decidió no restringir la selección de pacientes incluyendo diferentes diagnósticos y fases de enfermedad. Una de las patologías oncológicas de mayor prevalencia, cáncer de mama, da cuenta de un 47.4% del total de la muestra. Por su parte, 20 sujetos (20.6%) estaban diagnosticados de cáncer de colon, 7 lo estaban de cáncer de Pulmón (7.2%) y 5 de cáncer Ginecológico (5.2%). El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad fluctúa entre valores menores o iguales a 3 meses y valores superiores o iguales a 8 años. Todos los pacientes acudían a consultas de Hospital de día para recibir tratamiento o para seguimiento. Un 42.2% (N=46) estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia y un 4.6% (N=5) de Radioterapia. Otros (N=6) pacientes recibían simultáneamente ambos tratamientos. El resto (N=52) no recibían ninguno de ellos durante el periodo en el que se llevó a cabo el estudio, bien porque habían sido diagnosticados

recientemente o acababan de sufrir una intervención quirúrgica sin tratamiento programado, o bien porque se encontraban en periodo de seguimiento. (Ver Tabla 2.3).

Tabla 2.3: Variables de Historia Clínica.

DIAGNOSTICOS			N Total
	N	%	
MAMA	46	47.4	97
COLON	20	20.6	
PULMÓN	7	7.2	
GINECOLÓGICO	5	5.2	
OTROS	19	19.6	
TRATAMIENTOS			109
	N	%	
QUIMIOTERAPIA	46	42.2	
RADIOTERAPIA	5	4.6	
QT+RADIOTERAPIA	6	5.5	
SIN TRATAMIENTO	52	47.7	



2.1.2. DESCRIPCIÓN MUESTRA II:

- **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.**

De los 131 pacientes estudiados, un 31.3 % eran varones (N=41) y un 68.7% mujeres (N=90). La media de edad es de 55.5 años (dt=10.91) para la muestra total, y de 56.6 (dt=11.5), y 55.1 dt=10.64) para hombres y mujeres respectivamente. El rango de edad oscila entre 24 y 77 años. En el rango comprendido entre 46 y 67 años se encuentra un 65.6% de los sujetos de la muestra. (Ver Tabla 2.4).

Tabla 2.4: Características Sociodemográficas.

Edad:	N	%	Edad:	X	DT	Rango
24-45	29	22.1	Varones	56.6	11.6	28-77
46-56	35	26.7	Mujeres	55.1	10.6	24-77
57-67	51	38.9				
68-77	16	12.2				
Total:	131	100		55.5	10.9	24-77
Sexo:	N.	%				
Varones	41	31.3				
Mujeres	90	68.7				
Total:	131	100				

Del total de los sujetos, un 78.6% están casados. La mayoría de sujetos (86.0%) leen y escriben o han realizado estudios primarios o secundarios (B.U.P., F.P. o similar), y el resto (14.0%) se distribuyen entre los niveles restantes (10.1% leen y escriben; 3.9% Diplomados). En cuanto al nivel profesional, encontramos un 51.2 % de los sujetos pertenecen al nivel 1 (amas de casa; empleadas de Hogar), un 21.6% al nivel 2, y un 27.2 % se distribuye entre el resto de niveles. Respecto a la situación laboral, la mayoría de los sujetos (62%), están en activo (Tabla 2.5).

Tabla 2.5: Características Sociodemográficas.

	N	%	N Total
E. CIVIL:			131
Casado/a	103	78.6	
Viudo/a	16	12.2	
Soltero/a	3	6.9	
Separado/a	3	2.3	
N. EDUCATIVO:			129
Iletrado	13	10.1	
Leer y escribir	55	42.6	
E.G.B. ó similar	44	34.1	
B.U.P., F.P. ó similar	12	9.3	
Título Medio	5	3.9	
Título Superior			
N. PROFESIONAL:			125
Nivel 1	64	51.2	
Nivel 2	27	21.6	
Nivel 3	12	9.6	
Nivel 4	12	9.6	
Nivel 5	5	4.0	
Nivel 6	5	4.0	
SIT. LABORAL:			129
Activo	80	62.0	
Paro	8	6.2	
Jubilado	23	17.8	
I.L.T. (Incapacidad laboral temporal)	15	11.6	
I.L.P. (Incapacidad laboral permanente)	3	2.4	

I.L.T.= Incapacidad laboral temporal; I.L.P.= Incapacidad laboral permanente;

- **VARIABLES DE HISTORIA CLINICA.**

Los diagnósticos que se incluyen son mayoritariamente un grupo de pacientes con Carcinoma mamario (59.8 %) y Carcinoma de Pulmón (27.6%) mientras el resto de pacientes (12.6%) presentaban diferentes patologías oncológicas (Colón, Gástrico y Ginecológico entre otros). El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad fluctúa entre valores menores o iguales a un mes y 9 años, con una media de 14.1 meses (dt = 24.1). Un 44.1% (N=56) estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia y un 4.8% (N=6) recibían simultáneamente otros tratamientos (Radioterapia y Hormonoterapia). El resto (N=61) no recibían tratamiento alguno durante el periodo en el que se llevó a cabo el estudio, bien porque habían sido diagnosticados recientemente, acababan de sufrir una intervención quirúrgica sin tratamiento programado, o bien porque se encontraban en periodo de seguimiento. Para este trabajo se registraron además datos clínicos acerca del estadio y

pronóstico del grupo de pacientes estudiados. En cuanto al estadio, 55 pacientes se encontraban en estadios I y II, y 54 en estadios III y IV. La valoración realizada por el médico en cuanto al pronóstico sitúa a un 55.1% de los sujetos como "potencialmente curables", y a un 44.9% en la categoría de "supervivencia prolongable con tratamiento antitumoral" o "supervivencia no prolongable y tratamiento paliativo". Finalmente, un 31.7% de los sujetos estaba ingresado durante el momento de la entrevista, bien para completar su diagnóstico o para la administración del tratamiento, mientras que el resto (68.3%) acudía a consultas de Hospital de día para recibir el tratamiento o para seguimiento. (Ver tabla 2.6.)

Tabla 2.6: Variables de Historia Clínica.

DIAGNOSTICOS			N Total
	N	%	
MAMA	76	59.8	127
PULMÓN	35	27.6	
OTROS	16	12.6	
TRATAMIENTOS			
	N	%	
QUIMIOTERAPIA	56	44.1	127
QT+ RADIOTERAPIA	3	2.4	
QT+ HORMONOTERAPIA	3	2.4	
HORMONOTERAPIA	4	3.1	
SIN TRATAMIENTO	61	48.0	
ESTADIO			
	N	%	
I	15	13.8	109
II	40	36.7	
III	23	21.1	
IV	31	28.4	
PRONOSTICO			
	N	%	
Potencialmente Curable	65	55.1	118
Supervivencia. Prolongable	48	40.7	
Supervivencia. No Prolongable	5	4.2	
INGRESO			
	N	%	
SI	40	31.7	126
NO	86	68.3	

2.2. INSTRUMENTOS Y VARIABLES

Hemos utilizado para nuestro estudio:

1. Cuestionario inicial de **Datos Sociodemográficos** con el que recogemos información sobre variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, profesión, situación laboral del paciente, nivel educativo, y personas con quienes convive. (Anexo 1) La clasificación del nivel profesional de los sujetos queda detallada en el Anexo 2.

2. Cuestionario de **Variables de Historia Clínica** (Anexo 3) compuesto por los siguientes ítems dónde se recoge información sobre:

- Diagnóstico: Es un ítem cualitativo en el que se reflejan las diferentes patologías oncológicas recogidas en nuestra muestra.
- Tiempo desde el diagnóstico: Tiempo en meses desde el diagnóstico hasta la fecha de entrevista.
- Tipo/s de tratamiento/s actual/es: Registra el tipo de tratamiento que el paciente está recibiendo actualmente: Quimioterapia, Radioterapia y Otros. En cada uno de los subapartados se recoge además, el nº de ciclos, fecha de inicio, y duración, en el caso de la Quimioterapia y Radioterapia. En el subapartado de Otros, se contempla la posibilidad de estar recibiendo algún otro tipo de tratamiento como la Hormonoterapia u otros (analgésicos, tranquilizantes, ect.). Las posibilidades de respuesta son de uno o más tratamientos recibidos simultáneamente.
- Estadío: Recoge información acerca de la extensión de la enfermedad neoplásica, mediante el sistema de clasificación de tumores TNM, propuesto por la Unión Internacional contra el cáncer (U.I.C.C., 1987). Este sistema de clasificación permite asegurar la extensión del tumor primario la ausencia o presencia de ganglios linfáticos regionales y la ausencia o presencia de metástasis a distancia. En función de las combinaciones de éstas tres variables clínicas se determina el estadio de la enfermedad.

Los estadios van de I a IV, siendo este último el que indica mayor severidad de la enfermedad.

- Ingreso actual : Este ítem incluye una respuesta de dos categorías respecto a si el sujeto estaba ingresado o no en el momento de la entrevista; si la respuesta es afirmativa, se recoge información acerca del tiempo en días que lleva ingresado, y la causa de su ingreso actual.
- Valoración pronóstico : Este ítem consta de tres categorías de valoración por parte del médico acerca de las posibilidades de curación o supervivencia del paciente. La primera categoría hace referencia a pacientes que responden a un pronóstico favorable y se consideran "potencialmente curables". En la segunda categoría se considera la posibilidad de "supervivencia prolongable" siguiendo un tratamiento antitumoral. Por último la tercera categoría, que indica el peor pronóstico, es la de "supervivencia no prolongable y tratamiento paliativo".

3. Escala de **Clima Social en la Familia** (Moos, R. Y Moos, B.; 1981) .(Anexo 4): Esta escala fue adaptada por la Sección de Estudios T.E.A. (Seisdedos y cols; 1989) para muestra española. Describe las relaciones entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella, y su estructura básica. El total de la escala está constituida por 90 ítems agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones: desarrollo, estabilidad, y relaciones. La dimensión de desarrollo incluía ítems sobre la independencia de los miembros, el desarrollo intelectual y las aficiones en el contexto familiar. La dimensión de estabilidad se refería a la organización de las tareas del hogar, el orden y la economía .e las tres dimensiones que forman parte de la escala de clima social en la familia, sólo la de relaciones fue administrada a nuestro grupo de estudio Utilizamos únicamente la dimensión de desarrollo para ser administrada a nuestro grupo de estudio. Una de las razones fue como ya hemos comentado no sobrecargar con múltiples medidas, pero además, el contenido de los ítems que se incluían en cada dimensión no justificaba su uso como variables del contexto familiar relacionadas con la provisión o no de apoyo social. La dimensión de relaciones evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia, y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Esta dimensión está integrada por tres subescalas: 1) **Cohesión**: grado en que los miembros de la familia están

compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí; 2) **Expresividad**: grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y expresar sus sentimientos; y 3) **Conflicto**: grado en que se expresan abiertamente los conflictos entre los miembros de la familia. Cada una de las subescalas (Cohesión, Expresividad, y Conflicto) consta de 9 ítems de respuesta dicotómica (“Verdadero”, “Falso”). El rango de puntuaciones en cada subescala oscila entre 0 y 9. Las puntuaciones más elevadas indican mayor nivel en cada una de las características evaluadas acerca de la relación familiar

4. Escala de **Sinceridad** del Cuestionario de Personalidad para Adultos (EPQ-A; Eysenck y Eysenck; 1975) .(Anexo 5). La adaptación del EPQ-A a muestra española, incluyendo la subescala de **Sinceridad**, fue llevada a cabo por V. Escolar y cols. para Ediciones TEA (1989). Esta escala intenta medir la tendencia al “disimulo” o a presentar un “buen aspecto” por parte de algunos sujetos. Consta de 25 ítems con formato de respuesta dicotómica (“Si”, “No”). En la versión española se utiliza el polo opuesto, es decir, la **Sinceridad**. De este modo, el rango de puntuaciones en la escala oscila entre 0 y 25. Las puntuaciones más elevadas indican mayores niveles de **Sinceridad**.

5. Escala de **Apoyo Social Percibido (EASP)**, (Anexo 6). Mediante esta escala, diseñada por Rodríguez-Marín, López-Roig, S y Pastor, M.A. (1989), evaluamos el apoyo social percibido refiriéndolo a una situación específica, en este caso, la enfermedad. Como comentamos en la revisión teórica sobre Evaluación, la utilización de esta escala en ámbitos de salud ha venido demostrando su adecuación en cuanto a aplicabilidad y resultados con otras variables relacionadas. Consta de un listado de nueve posibles proveedores: cónyuge, padres, hijos, hermanos, compañeros de trabajo, vecinos y amigos, y finalmente, médicos y enfermeras. Para cada proveedor, el sujeto evalúa tres cuestiones:

- Si percibe apoyo o no de ese proveedor.
- Cuánto le ha satisfecho el apoyo que percibe, en una escala tipo Likert (1= Nada y 5= Mucho)
- Las acciones específicas de apoyo que son percibidas de cada proveedor.

Con el **EASP** se evaluó el apoyo social desde el receptor y desde un proveedor (acompañante o familiar). Es decir, el cuestionario fue administrado al paciente y al acompañante, adecuando las preguntas de cada una de las áreas de apoyo social evaluadas en la entrevista con éste último. Con el paciente se mantuvo una nueva entrevista de evaluación del apoyo social. Esta se llevó a cabo entre quince días y un mes después de la primera entrevista, bien por teléfono o coincidiendo con una cita del paciente en el Hospital. El objetivo de esta segunda entrevista era evaluar la estabilidad de las dimensiones de apoyo durante un periodo de tiempo.

El **EASP** presenta un formato simple para su cumplimentación y permite ser aplicado mediante entrevista o autoadministrado conforme a determinadas pautas que se describen a continuación. Se evalúan tres aspectos del apoyo social:

- 1) Con respecto al número de **proveedores** de apoyo, se espera que el sujeto nombre espontáneamente a quienes le proveen de apoyo. Al paciente se le formula una pregunta abierta del tipo: *“Desde que tiene esta enfermedad”, ¿quien me diría que le ha ayudado o le está apoyando de alguna forma en esta situación?”*. A continuación se pregunta por el resto de proveedores que no han sido mencionados (Esposo/a, Hijos/as, Padres, Hermanos, Compañeros de trabajo, Amigos, Vecinos, Médico/s, Personal de Enfermería y otros.) para identificar quiénes forman parte de la red del sujeto. Es decir, se preguntaría acerca de si tiene hermanos, padres, compañeros de trabajo o amigos, entre otros. El sujeto responde si otros proveedores potenciales están en su red y comenta si se siente apoyado por ellos o no. Con esta primera cuestión respecto de los proveedores es posible recoger información, acerca de:

- **Proveedores Potenciales (PP)** Cada una de las personas disponibles en la red del sujeto (Proveedores reales y No proveedores)
- **Proveedores Reales (PR):**Cada una de las personas de las que percibe apoyo
- **No Proveedores(NP)** Cada una de las personas de los que no percibe apoyo.
- **Personas que no están en la red (PNR):** Cada una de las personas no disponibles
- **Total de Proveedores Potenciales (TPP):** Número de personas disponibles

- **Total de Proveedores Reales (TPR):** Número total de personas de las que percibe apoyo
 - **Total No Proveedores (TNP):** Número total de personas de las que no percibe apoyo
 - **Total No Red (TNR):** Número total de personas no disponibles.
- 2) En segundo lugar, y con respecto a la **satisfacción** con el apoyo, sólo se pregunta para aquéllos miembros de la red que han sido referidos por el sujeto como proveedores de apoyo. En el caso de la entrevista con el paciente se pregunta: “*¿En que medida le ha satisfecho o le satisface la ayuda o el apoyo recibido de (cada proveedor).?*”. Si el sujeto presenta algún tipo de dificultad para contestar según la escala de respuestas, se le muestra una tarjeta escrita con dichas respuestas (Nada, Poco, Regular, Bastante y Mucho), asegurándose que el nivel educativo del paciente le permite leer dichas alternativas de respuesta sin dificultad. Se pueden obtener así, las siguientes variables:
- **Satisfacción con el apoyo (SA):** Grado de satisfacción con el apoyo de cada Proveedor Real. Número de pacientes y % que responden “Nada, Poco Regular, Bastante o Mucho” por cada Proveedor Real
 - **Satisfacción media con el Apoyo (SMA):** Suma del grado de satisfacción percibida de los Proveedores Reales dividido por el total de Proveedores Reales
- 3) En tercer lugar, y en cuánto a las **Acciones de Apoyo** se pregunta por las formas en que ha sido ayudado por cada uno de los proveedores de apoyo mencionados: “*¿De qué forma le ha ayudado o le apoya (cada proveedor)?*”. En ocasiones, las respuestas de los pacientes son poco concretas. Así, ante respuestas poco definidas, del tipo “hace de todo”, se le sugieren algunas de las formas de apoyo listadas en el cuestionario o bien se le presentan por escrito para que el paciente las identifique. El total de acciones de apoyo que pueden ser percibidas de cada proveedor oscila de 0 a 12. Se incluye la

posibilidad de que el paciente mencione otras acciones no listadas. A continuación se especifican las diferentes acciones de apoyo presentadas en la escala:

- **Escuchándole:** Se refiere a la percepción del paciente de sentirse escuchado, de poder hablar y compartir sus problemas acerca de su enfermedad y sus preocupaciones.
- **Animándole:** Incluye aquéllas verbalizaciones optimistas por parte de los proveedores acerca del pronóstico, o que son dirigidas a reducir su preocupación y a que es capaz de superarlo.
- **Distrayéndole:** En este caso el paciente menciona ser invitado o incitado a la realización de actividades cuyo propósito es distraerle.
- **Informándole:** Se incluyen aquí determinadas pautas de actuación técnica o profesional que son consideradas por el paciente como dirigidas a resolver sus dudas, su incertidumbre y a proporcionarle información sobre su proceso de enfermedad y normas de actuación y manejo
- **Aconsejándole:** De modo similar a la forma de apoyo anterior, aquí se engloban aquéllas sugerencias aportadas por los proveedores acerca de lo que deben o podrían hacer. Sin embargo, un matiz muy sutil las diferencia pues aquí se alude más a opiniones personales o consejos populares que no provienen de expertos.
- **Visitándole:** Hace referencia a si los proveedores acuden a verle a casa o al hospital.
- **Hacer tareas:** Incluye la prestación de servicios o realización de determinadas acciones por el proveedor que, en principio, formaban parte del rol del paciente. Se refieren tanto a la ayuda prestada tanto respecto su trabajo profesional o doméstico (tareas de la casa, compras, etc.).

- **Ofreciéndose:** Alude a aquellas preguntas concretas por parte del proveedor acerca de si en algún momento el paciente quiere o desea que hagan algo por él o ella en términos generales.
- **Económicamente:** Abarca todo tipo de ayudas tangible, materiales y monetarias.
- **Interesándose.** Hace referencia a aquellas acciones llevadas a cabo por los proveedores que demuestran interés por su estado de salud y curso de la enfermedad, por ejemplo, llamarle por teléfono o preguntarle directamente cómo está o cómo se encuentra.
- **Acompañándole.** Incluyendo aquí el ir a cualquier sitio o pasar tiempo con el paciente, en el hospital o en casa. Se refiere a la presencia física y a la disponibilidad del proveedor, a la compañía social y tal y como los pacientes dicen, al hecho de “estar ahí”.
- **De otra manera.** Se refiere a cualquier otra forma específica de ofrecer apoyo, que en principio, no era fácilmente identificable con las disponible y por lo que decidimos considerarla bajo este epígrafe de otras formas (Pe. dándole cariño, haciéndole regalos ect.)

Podemos obtener así, las siguientes variables de **Acciones de Apoyo**

- **Acciones de Apoyo por Proveedor Real (AAPR):** Número de Acciones de apoyo que percibe por cada proveedor. Por ejemplo, si percibe que la pareja le “Anima” y le “Escucha” , las Acciones de Apoyo de la Pareja = 2.
- **Total de Acciones de Apoyo de Proveedores Reales (TAAPR):** Total de cada una de las Acciones de apoyo percibidas de los Proveedores Reales . Por

ejemplo, Total de "Escucha" = 3, indica que de tres proveedores de apoyo real (pareja, hermanos, y amigos) percibe que le "Escuchan".

Cuando la escala se aplica al familiar o acompañante para que nos informe acerca del apoyo social que recibe el paciente, se sigue el mismo procedimiento expuesto, aunque adaptando las preguntas de cada una de las áreas de apoyo social evaluadas. De tal modo, que la primera de las cuestiones referida a los proveedores de apoyo sería: "*Desde que él o ella (o su familiar) tiene esta enfermedad ¿quien o quiénes cree usted que han ayudado o apoyado al enfermo..?*". Se pregunta además a quién informa su papel como proveedor: *¿y usted, cree que le está apoyando...?* Respecto de la segunda cuestión: *¿En que medida cree que a el/ella le satisface o le ha satisfecho el apoyo de (cada proveedor)? ¿y cuánto cree que lo está con el apoyo que usted le presta?* En la última de las cuestiones, se le pregunta acerca de *¿de qué forma cree que le está ayudando (o qué cosas hace para ayudarle) (cada proveedor)? ¿y usted, de qué forma le está ayudando?*

6. Registro del Familiar o acompañante (Anexo 7): Se pregunta al familiar que informe acerca de quién o quiénes visitan al enfermo por orden de frecuencia.

7. Registro del Profesionales de la Salud (Anexo 8): Con este registro al igual que ocurría con la información ofrecida por el familiar, los profesionales de la salud al cuidado del paciente (bien facultativos o enfermería) nos facilitaba información acerca de quién o quiénes acompañaban al paciente (por orden de frecuencia) a la consulta o bien cuando acudía a recibir su tratamiento.

8. Escala de Apreciación de estrés. (EAE; Terol; 1993) (Anexo 9): Hemos utilizado una adaptación de la escala de estrés ("Appraisal scale") presentada por Vitaliano y cols. en su "Manual for Revised Ways of Coping Checklist". Este instrumento mide el grado en que un sujeto evalúa un acontecimiento (situación, problema ect.) como estresante. Consta originalmente de 21 items que hacen referencia a características de las que depende que un acontecimiento se perciba como más o menos estresante. (predictibilidad, control, duración,

relevancia, entre otras) (Lazarus y Folkman;1986). En nuestra adaptación de la escala (Terol; 1993) introdujimos las siguientes modificaciones:

- Escala de respuesta de 6 puntos, 1= Completamente en desacuerdo, y 6= Completamente de acuerdo, eliminando así la respuesta intermedia "indiferente" de la escala original de 5 puntos y transformándola en dos ítems intermedios: "algo de acuerdo" y "Algo en desacuerdo", puesto que aumenta la precisión de la valoración de cada ítem.
- Un total de 8 ítems fueron eliminados; 7 de ellos como resultado del estudio piloto llevado a cabo con un grupo de enfermos oncológicos (2, 17 , 8, 12,15, 18 y 20) y finalmente, el ítem nº 3 puesto que en la matriz de correlación con el resto de ítems no mostró relaciones significativas La escala final constaba de 13 ítems y el coeficiente de fiabilidad de la escala alpha de Chronbach, fue de .62. (Terol; 1993)

En este trabajo llevamos a cabo un primer análisis factorial con el total de los ítems de la escala. La solución inicial mostró 4 factores con saturaciones de los ítems superiores a .40 y un total de varianza explicada de .64. Sin embargo un factor estaba constituido por un único ítem (nº13: "es ambiguo , es algo que no entiendo") y otro, no cumplía el criterio de coherencia teórica mezclando características de "duración" de la enfermedad y "controlabilidad" de la misma. Decidimos eliminar en primer lugar eliminar el ítem nº 13 pues aparecía aislado en un solo factor y la nueva solución factorial mostró de nuevo los mismos factores y dificultades de interpretación. El ítem nº 14 ("es resultado de mis propias acciones") presentaba falta de coherencia teórica con el resto de ítems que saturaban en el mismo factor y no mostraba correlaciones significativas con la puntuación total de la escala (Terol, 1993). Se comprobó una nueva solución factorial en la que, además eliminamos el ítem nº 14. Los resultados mostraron 3 factores con un total de varianza explicada de .61 que representaban diferentes características relacionadas con el grado de estrés percibido por un acontecimiento, en este caso por la enfermedad:

Factor 1: compuesto por 6 ítems referidos al grado de **importancia** y **amenaza** percibida (4,5,9,11,19,21).

Factor 2: se refiere a la dimensión de temporalidad o **duración** percibida e incluye 3 ítems (7,10,16)

Factor 3: compuesto por dos ítems (1,6) alude al grado de **control** percibido en relación al proceso de enfermedad.

El índice de consistencia interna de la escala con los 11 ítems finales propuestos en ésta última solución factorial fue de .77 incrementando el obtenido con los 13 ítems iniciales (Terol; 1993) lo que justifica la estructura factorial presentada (Tabla 2.7)

Tabla 2.7 Análisis Factorial: Ítems escala de Apreciación de Estrés

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
9. Pienso a menudo sobre él	.83	-.13	-.08
19. Afecta a toda mi vida	.78	.31	-.01
5. Es muy importante para mí	.69	-.05	-.21
11. Es muy amenazante	.68	.29	.19
4. Impide que haga lo que deseo hacer	.57	.16	-.05
21. Requerirá sacrificios importantes.	.49	.39	-.29
16. Es sólo un asunto temporal (*)	-.05	.83	.16
7. Estará resuelto en un año (*)	-.02	.81	-.02
10. Siempre será un problema en mi vida	.37	.69	-.05
6. Puedo cambiar o hacer algo acerca de él(*)	.32	-.02	.81
1. Tengo algún control sobre él (*)	-.28	.26	.71

% V.E.=61.42; KMO=.73; Barlett=.000; α =. 77; N=78 (*) ítems inversos

Por lo tanto, la escala quedó constituida finalmente por 11 ítems (ver Anexo 9). Obtuvimos la puntuación total de la escala y de cada uno de los factores a partir de la suma de la puntuación de cada uno de sus ítems. Para ello, invertimos las puntuaciones de los ítems 1, 6, 7, y 16. De tal modo, que valores más elevados obtenidos en cada uno de los factores representan por un lado, mayor grado de **amenaza** e **importancia** del acontecimiento (Factor 1) y **duración** (Factor 2), y por otro lado, menor grado de **control** (Factor 3) sobre él mismo. Obtuvimos además, una puntuación del **total de estrés percibido** por la enfermedad; los valores más elevados representan en términos generales mayor grado de estrés percibido por le enfermedad.

9. Cuestionario de **Estrategias de Afrontamiento (CEA;** Rodríguez-Marín, J.; Terol, M.C.; López-Roig, S.; Pastor M.A; 1992) (Anexo 10). El **CEA** (Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento para población española) fue elaborado a partir de las revisiones del W.C.C.L. realizadas por Vitaliano y cols (1985), tal como era presentado en su "Manual for Revised Ways of Coping Checklist", y las revisiones de Folkman y Lazarus (1985) y Folkman y cols. (1986). El trabajo de elaboración y análisis psicométrico del instrumento dió como resultado 36 items con una solución final de 11 factores y una validez convergente aceptable entre las diferentes estrategias de afrontamiento y constructos relacionados. (Rodríguez-Marín y cols.; 1992). Como resultado de la aplicación del CEA a una muestra piloto de 10 pacientes oncológicos 6 items fueron eliminados (5, 17, 20, 6, 1 y 4) bien porque no eran discriminativos del tipo de estrategias utilizadas ante la situación de enfermedad de estos pacientes o bien porque eran percibidos por los pacientes con reticencia, por ejemplo, alertándolos respecto al pronóstico de su enfermedad (Terol; 1993). El cuestionario final adaptado a la muestra de enfermos oncológicos quedó constituido por 30 ítems cuyo formato de respuesta se presenta en una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 = Nunca, y 5 = Casi siempre.(Ver Anexo 10). Los pacientes responden según la frecuencia con que utilizan las diferentes estrategias listadas para afrontar su enfermedad. Puntuaciones altas significan mayor frecuencia de uso de la estrategia en cuestión y son obtenidas a partir de la suma de las puntuaciones directas de cada una de las acciones específicas de afrontamiento que componen cada estrategia o factor.

En esta nuestro estudio, en primer lugar, analizaremos la estructura factorial y el índice de consistencia interna del cuestionario de estrategias de afrontamiento adaptado pacientes oncológicos (**CEA-C**). Para ello, partiremos de los factores previamente obtenidos en el CEA (Rodríguez-Marín y cols.; 1992) y llevaremos a cabo un análisis factorial de segundo orden. Nuestro objetivo es por un lado, mantener la especificidad respecto de la diversas formas de afrontar la enfermedad pero además, agrupar las diferentes estrategias en "meta-estrategias" o dimensiones más amplias representativas de todas ellas. En este sentido, la literatura apoya la utilización de dimensiones más amplias que definan las diferentes formas de afrontamiento y permitan generalizar los resultados obtenidos a través de diferentes estudios (Lazarus y Folkman, 1986; Steptoe, 1991; Cox y Ferguson, 1991; Parker y Endler; 1992; González P; 1994; DeRidder y Schreus; 1996)

En primer lugar, y previo al análisis de la estructura de la escala, uno de los factores originales considerado como “Represión Emocional” fue reformulado en sentido positivo invirtiendo la puntuación de uno de sus ítems (“He guardado mis sentimientos para mismo) y fue renombrado como **Expresión emocional**. Los resultados del análisis de consistencia interna de los 30 ítems finales de la escala de afrontamiento para pacientes oncológicos fue de .72 sin que la eliminación de alguno de los ítems contribuyese incrementando significativamente este índice. Así, los 11 factores originales representativos de la totalidad de los ítems de la escala fueron incluidos en el análisis factorial de la escala. Los resultados mostraron 4 factores o dimensiones teóricas (dos aproximativas y dos evitativas) con un total de varianza explicada de 59% y con saturaciones de los ítems en cada factor superiores a .40. El factor original **Búsqueda de Soluciones** presenta cargas superiores a .40 en dos factores o dimensiones de corte aproximativo. De entre ellos podríamos diferenciar uno de carácter más cognitivo y otro más comportamental. Es así que finalmente, decidimos adscribir bajo ésta última dimensión la **Búsqueda de Soluciones**; dadas las características básicamente comportamentales de las acciones que engloba.(Ver Tabla 2.8). Así , el cuestionario de afrontamiento incluye un total de 30 ítems. Nos permite obtener puntuaciones de cada una de las estrategias incluidas en cada factor, así como de las dimensiones o meta-estrategias obtenidas.

Tabla 2.8: Análisis Factorial CEA-C

ITEMS CEA-C	FACTORES ORIGINALES	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
He hablado con alguien para intentar encontrar una solución	BÚSQUEDA APOYO SOCIAL BÚSQUEDA SOLUCIONES EXPRESIÓN EMOCIONAL	.73	-.08	-.08	-.06
He considerado diferentes soluciones al problema					
He hecho un plan de acción y lo he seguido					
He intentado mejorar mi información sobre el problema					
Leo libros artículos o atiendo a programas acerca de mi problema					
He hablado con alguien sobre cómo me siento					
He guardado mis sentimientos para mi mismo (*)	RELIGIOSIDAD PENSAMIENTO DESEO RESIGNACIÓN CULPACIÓN DE OTROS	-.09	.71	-.07	-.13
He aceptado la simpatía y comprensión de alguien.					
Rezo pidiendo a Dios que me de fuerza y me ilumine					
Práctico más la religión desde que tengo éste problema					
He deseado ser una persona más fuerte					
He deseado poder cambiar lo que me ha ocurrido					
He deseado poder cambiar la manera cómo me he sentido					
He deseado que las cosas hubieran sido de otra manera					
Lo he aceptado porque no era posible hacer nada					
Me he resignado ha sido cuestión de mala suerte					
Me he enfadado con las personas o cosas que pienso que han causado el problema					
Lo he pagado con otros	PENSAMIENTOS POSITIVOS CONTABILIZAR VENTAJAS	.14	-.04	.88	-.07
He culpado a otros					
He pensado que los demás eran injustos conmigo					
He intentado ver el lado positivo de las cosas					
Me he concentrado en las cosas buenas de mi vida	AUTOCULPACIÓN ESCAPE	-.31	.25	.70	-.04
He considerado las ventajas que puede tener esta situación					
Me he dicho a mí mismo que las cosas podrían ser peor					
He pensado que hay gente que está peor					
Me he dado cuenta que yo he provocado mi problema	-.10	.16	-.07	.85	
Me he culpado a mí mismo					
Duermo más de lo habitual					
Me he negado a tomar me las cosas en serio					
He intentado sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando ect..					
		.11	-.14	.19	.79

%VE=.59; KMO=.50; Barlett=.000. (*) ítem inverso.

. Escala de **Ansiedad y Depresión (HAD; Zigmond y Snaith 1983)** (Anexo11). Este instrumento fue diseñado para ser aplicado en ámbitos clínicos y concretamente para población enferma. Evalúa estado emocional referido a un periodo concreto y consta de dos subescalas; una de ansiedad y otra de depresión . Incluye 14 ítems, 7 para cada subescala, y un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Las puntuaciones más elevadas en cada subescala indican niveles más altos de ansiedad o depresión. Los autores establecieron puntos de corte para cada subescala con el objetivo de que dicho instrumento sirviera como "Screening" para identificar "casos". Como punto de corte definieron una puntuación ≥ 11 en cada una de las subescalas, sabiendo que el rango de puntuación oscila entre 0 y 21 en cada una de ellas.

Las propiedades psicométricas del instrumento han sido probadas en distintos trabajos en los que el H.A.D ha sido aplicado a una gran variedad de muestras de enfermos físicos en general (Aylard, P.R et. al., 1987; Barczack et al, 1988; Lewis and Wessely, 1990, Abiodun, 1994; El-Rufaie, y Absood, 1994, 1995; Jhonson et al., 1995) y oncológicos en particular (Razavi et al. 1990, 1992; . Hoopwood et al, 1991; Carrol, B.T. et al. 1993; Ford, et al 1995; Velikova et al. 1995 Nordin et al.,1996 Maher, E.J. et al. 1996). El H.A.D. ha sido adaptada a muestra española tanto en población general (Terol M.C., Rodríguez-Marín, J.López-Roig, S.; Martín–Aragón, M.A; Pastor, M.A., 1997) como en enfermos oncológicos (López-Roig, S.; Terol M.C, Neipp M.C.; Leyda I. Massutí B., Picó C. y Pastor M.A. 1998). Los resultados de este último trabajo llevado a cabo con 172 pacientes oncológicos replicaron la estructura factorial de las dos subescalas de Ansiedad y Depresión con una varianza explicada de 47.6, y con saturaciones de los ítems en cada factor superiores a .50. Los índices de consistencia interna de las subescalas fueron de .71 y .83 para Ansiedad y Depresión respectivamente. Así mismo, los análisis de validez mostraron correlaciones significativas ($p \leq .01$) de cada una de las subescalas con diferentes instrumentos de evaluación de la ansiedad y la depresión.

9. Registro de Estado General de Salud Percibido (Anexo 12): Dos preguntas nos permitieron obtener información acerca del estado de salud percibido por el paciente en el momento actual. Ambas proceden de una escala de medida del Impacto de la Enfermedad en enfermos reumáticos (Meenan Gertman y Mason,1980; Meenan, Gertam, Mason y Dunaif; 1982, adaptada por Pastor, M.A, 1992). Pastor; 1992). La primera de ellas se refiere a su estado físico: *En general, ¿diría que su salud ahora es?* El paciente respondía en una escala Likert de 5 puntos (1=Muy mala; 5= Excelente). Una segunda pregunta evalúa impacto global de la enfermedad: *Considerando todas las formas en que su enfermedad le afecta, marque con una "X" sobre la escala que le presentamos para indicarnos como se encuentra* En la primera de ellas se hacía hincapié en la condición física del paciente, mientras que en la segunda pregunta se insistía al paciente para que considerara no sólo aspectos físicos de la enfermedad sino todas las formas en que ésta le estaba afectando y respondiese cómo se encontraba en función de la valoración general de su estado actual. El paciente marcaba en una escala visual análoga (V.A.S) su respuesta. La longitud de la escala era de 10 cm. y

estaba acotada por sus extremos con indicaciones verbales de “Muy Mal” en el extremo izquierdo y “Muy bien” en el derecho.

La relación de los instrumentos presentados y variables adscritas a cada uno de ellos se presentan en la Tabla 2.9.

Tabla 2.9: Instrumentos y Variables

INSTRUMENTOS	VARIABLES
Cuestionario Datos Sociodemográficos (1,2)	Sexo, Edad, Estado Civil, Hijos, Nivel Educativo, Situación Laboral, Personas con quienes convive.
Cuestionario de Variables de Historia Clínica .(1,2)	Diagnóstico, Tiempo Diagnóstico, Ingreso, Pronóstico, Estadio Tratamiento/s actual/es (Quimioterapia, Radioterapia, Otros),
Cuestionario de Personalidad para Adultos: Escala de Sinceridad (1) (EPQ-A; Eysenck y Eysenck; 1975).	Sinceridad
Escala de Clima Social en la Familia : Dimensión de Relaciones. (1) (Moos, R. y Moos, B.; 1981	Cohesión Expresividad Conflicto
Escala de Apoyo Social Percibido (EASP) , (Rodríguez-Marín y cols. 1989) (*) (1,2)	Proveedores: (PR), (NP) (PNR) (TPR) (TNP) (TNR) Satisfacción: (SA) (SMA) Acciones de Apoyo: (AAPR) (TAAPR) <i>Escuchar, Animar, Distraer, Informar, Aconsejar, Visitar, Ofrecerse, Hacer tareas Económicamente, Interesarse Acompañándole, Otras,</i>
Registro de visitas del paciente según el familiar (1)	Personas que visitan al paciente. (orden de frecuencia)
Registro de los Profesionales de la Salud (ad hoc) (1)	Personas que acompañan al paciente. (orden de frecuencia)
Escala de Apreciación de estrés (2) (EAE; Terol; 1993)	Total Estrés Percibido, Amenaza Duración, Control
Cuestionario de Afrontamiento (2) (C.E.A.; Rodríguez-Marín y cols.; 1992),	Meta-Estrategias I : Búsqueda De Apoyo Social Búsqueda De Soluciones Expresión Emocional Meta-Estrategias II: Autoculpación, Escape Meta-Estrategias III: Religiosidad Pensamiento Desiderativo Resignación Culpación De Otros Meta-Estrategias IV: Pensamientos Positivos Contabilizar Ventajas
Escala de Ansiedad y Depresión (2) (H.A.D. López-Roig; 1998)	Ansiedad Depresión
Registro Estado de Salud Percibido (2)	Física Estado Salud Global

(1): Aplicada a muestra I, (2) Aplicada a muestra II; (*) Aplicada al familiar o acompañante

2.3. PROCEDIMIENTO:

PROCESO DE REALIZACIÓN Y APLICACIÓN DEL ESTUDIO.

◆ Adaptación de instrumentos y normas de aplicación:

Los pacientes de cáncer estudiados fueron seleccionados por los oncólogos en las consultas de las Secciones de Oncología del Hospital General de Alicante y del Hospital de Sant Joan d'Alacant (del SVS) según los criterios establecidos. Durante la consulta, explicaban brevemente el objetivo de nuestro estudio y sugerían al enfermo si deseaba colaborar de forma voluntaria en este trabajo. En este momento y tras la aceptación del paciente eran remitidos para entrevista, previa cita propuesta por la enfermera y confirmada por el investigador. Las entrevistas se realizaron en el mismo marco hospitalario, bien en consultas de Hospital de día, o bien en la planta Hospitalaria del Servicio de Oncología de los Hospitales mencionados. La fecha de entrevista coincidía con alguno de los días en los que el sujeto debía seguir sus cuidados hospitalarios, bien ingresado o en tratamiento ambulatorio.

Se valoró la adecuación de los instrumentos a la muestra de estudio y al ámbito hospitalario para finalmente diseñar la batería final de cuestionarios y registro a cumplimentar por el profesional de la salud. Tras esta primera valoración se decidió la administración de los instrumentos mediante entrevista en todos los casos. Además se confeccionaron tarjetas de respuestas para cada una de las cuestiones sobre apoyo social. De este modo se facilitaba al entrevistado la elección de entre las alternativas de respuesta posibles. La recogida de datos de la muestra de estudio comenzó una vez establecido el procedimiento de entrevista (selección de pacientes, orden de los instrumentos, de las entrevistas del paciente y familiar y de los registros del profesional, de las instrucciones sobre los objetivos de estudio y sobre las áreas y cuestiones a evaluar ect.)

◆ Selección de pacientes y procedimiento de Entrevista:

La entrevista comienza con una breve presentación del entrevistador, para continuar explicando con mayor detalle el objetivo de este estudio y el procedimiento de evaluación. Se informa de la confidencialidad de sus datos y de la posibilidad de abandonar la entrevista cuando desee. Antes de comenzar con la batería de cuestionarios al paciente se le da la opción para que pregunte cualquier duda sobre los objetivos del trabajo, del proceso de entrevista que se llevará a cabo con él y con el familiar o acompañante en ese momento, así como sobre otras cuestiones que desee saber.

A continuación exponemos el orden y estructura del proceso de evaluación:

MUESTRA I:**Primera Entrevista con el Paciente:**

- Recogida de datos sociodemográficos y clínicos.
- Escala de Apoyo Social
- Clima Familiar y Sinceridad. Los ítems de ambas escalas se distribuyeron de forma alternativa para así constituir un solo cuestionario.

Al finalizar la entrevista con el paciente, se le agradece su colaboración y se le comenta que dentro de quince días nos volveremos a poner en contacto con él, ya sea en consulta o por teléfono, para volver a administrarle la escala de apoyo social. A continuación, se citaba al familiar para ser entrevistado.

Entrevista con el Familiar:

Al igual que con el paciente, con el familiar o acompañante se siguió el mismo procedimiento sobre información de los objetivos del estudio, petición de su participación

voluntaria, y aclaración de dudas. En este caso la entrevista duraba aproximadamente 15 minutos durante los que se cumplimentaba los siguientes instrumentos:

- Escala de Apoyo Social

Registro del familiar : quién o quiénes visitan al paciente (orden de frecuencia)

Tras la entrevista con el paciente y el familiar, se le facilitaba al profesional de la salud el registro que debía cumplimentar.

Registro del Profesional de la Salud: quién o quiénes acompañan al paciente. Se acompañaba del nombre del paciente que había sido entrevistado.

Segunda Entrevista con el paciente:

Entre quince días y un mes después de la primera entrevista con el paciente, llevamos a cabo una nueva entrevista de evaluación del apoyo social, bien por teléfono o coincidiendo con una cita del paciente en el Hospital. Del total de pacientes que completaron la segunda entrevista de apoyo social (N=65) la mayoría se llevaron a cabo por el teléfono y 11 fueron entrevistados en la consulta de oncología coincidiendo con la administración de tratamiento o revisión. El resto de pacientes (N=45) o bien no fueron localizados durante el periodo establecido para la realización de la misma o bien se mostraban incómodos e intentaban eludir esta nueva cita.

Del total de 116 pacientes remitidos por el oncólogo, 109 (93.97%) completaron la entrevista, 4 (3.45%) la abandonaron antes de finalizar o tras el primer contacto con el psicólogo decidieron no participar, 2 (1.72%) pacientes estaban bajo tratamiento psiquiátrico, y finalmente uno de ellos tenía problemas auditivos importantes que dificultaban la realización de la entrevista. De los 109 pacientes entrevistados, 17 (15.60%) acudían solos a consulta, por lo que la entrevistas al familiar o acompañante no pudo llevarse a cabo. Del resto que venían acompañados (N=92), 15 no deseaban participar. Un total de 77 familiares o acompañantes del paciente fueron entrevistados. En

cuánto al registro cumplimentado por el profesional de la salud, en el caso de 7 pacientes éste no nos fue remitido. El procedimiento de evaluación de nuestro estudio concluía una vez habían sido realizadas estas dos primeras entrevistas (paciente y familiar o acompañante), el registro cumplimentado por el profesional nos era remitido y llevábamos a cabo la segunda entrevista sobre apoyo social con el paciente.

MUESTRA II :

- Datos sociodemográficos.
- Estado de Salud Física y Estado Salud Global
- Escala de Apoyo Social percibido por el paciente.
- Recogida de datos de estrés percibido por la enfermedad.
- Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ante la enfermedad
- Escala de Ansiedad y Depresión

La hoja de Historia Clínica que acompañaba a la batería de Cuestionarios era cumplimentada por el oncólogo a cargo del paciente y remitida de nuevo al investigador una vez había finalizado la entrevista. Del total de 158 pacientes, 4 (2.5%) no acudieron a la cita fijada para la entrevista, 21 pacientes (13.3%) decidieron no participar tras el primer contacto con el psicólogo o bien abandonaron la entrevista antes de darse por finalizada, y 2 pacientes (1.3%) fueron excluidos del estudio por presentar importantes dificultades de comunicación durante la entrevista. Finalmente, un total de 131 sujetos colaboraron en el estudio.

2.4. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

Tratamos estadísticamente los datos con el paquete informático SPSS 8.0 para Windows y llevamos a cabo los análisis que se detallan a continuación:

- DESCRIPTIVA de las variables utilizadas en el estudio.

Corrección automatizada de las puntuaciones de los cuestionarios administrados:
Recodificación de Puntuaciones, Puntuaciones Totales y Puntuaciones Medias.

Frecuencias y Descriptivos: Medias, Valores máximos y mínimos, Rangos y Desviaciones típicas

Distribución de la muestra utilizando la prueba de KOLMOGOROV-SMIRNOV para comprobar si cada una de las variables de estudio se distribuye normalmente.

- PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS de los Instrumentos:

ANÁLISIS FACTORIAL de COMPONENTES PRINCIPALES utilizado para identificar variables o factores, que expliquen la configuración de correlaciones dentro de un conjunto de variables observadas. Utilizaremos la medida de la adecuación muestral de KAISER-MEYER-OLKIN y la prueba de esfericidad de BARTLETT para la realización del mismo.

Consistencia interna de la escala utilizando el coeficiente alfa de CRONBACH .

Test-Retest utilizando el coeficiente de Correlación producto-momento de PEARSON o SPEARMAN como prueba paramétrica, y no paramétrica respectivamente.

OVERLAP INDEX (Veiel;1990): Indices de Solapamiento

$$\frac{\text{(Personas mencionadas en T1 y T2)}}{\text{Mínimo n (T1 ó Ts)}} \times 100$$

- DIFERENCIAS entre medias utilizando:

T-TEST como prueba paramétrica para pares de muestras independientes o relacionadas.

U de MANN-WHITNEY y WILCOXON como pruebas no paramétricas para pares de muestras independientes y relacionadas respectivamente.

ANOVA de un factor como prueba paramétrica para "K" muestras independientes y procedimiento SCHEFFE.

H de KRUSKAL-WALLIS y FRIEDMAN utilizando la prueba "ji" cuadrado como pruebas no paramétricas para comparar muestras independientes y relacionadas respectivamente.

- Análisis de relaciones entre variables:

Correlación producto-momento de PEARSON o de SPEARMAN para el análisis de relaciones entre las variables de estudio. Análisis de REGRESION LINEAL para establecer relaciones de predicción de una o más variables independientes sobre una dependiente (Método Selección: Pasos sucesivos).

RESULTADOS



3. RESULTADOS:

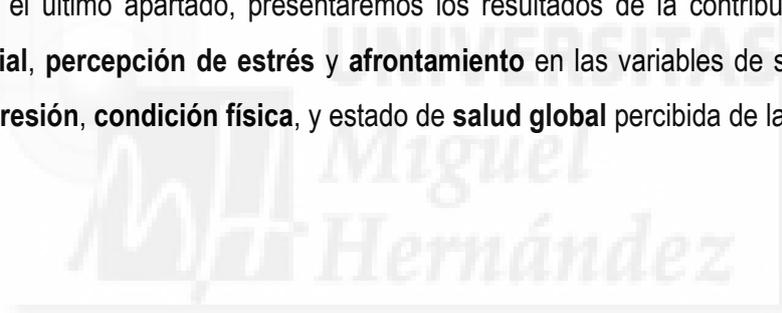
Los resultados se expondrán en el mismo orden en que se han formulado los objetivos del estudio. En un primer apartado se mostraran los resultados de las dimensiones del Apoyo social. Un segundo apartado incluirá el estudio del apoyo social y variables de salud .

DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL: MUESTRA I

- En el primero de ellos, nos referiremos al **análisis conceptual** de las dimensiones y variables del apoyo: proveedores, grado de satisfacción con el apoyo, y acciones de apoyo. Además, se presentan los resultados del análisis de diferencias del apoyo social según variables sociodemográficas y Clínicas (Obj1)
- En el segundo, mostraremos los resultados del **análisis de la estabilidad** de la escala de apoyo, es decir, de la correlación Test-Retest y del análisis de diferencias entre la primera y segunda entrevista de apoyo social llevada a cabo con los pacientes.(Obj.2)
- En el tercer apartado nos ocuparemos de analizar la **estructura** de las dimensiones de apoyo. De este modo, analizaremos los **proveedores** y **acciones de apoyo**, para así, contrastar estos resultados desde el marco teórico que fundamentan el constructo de apoyo social.(Objs 3,4)
- El cuarto apartado incluirá los resultados respecto de las relaciones obtenidas entre las dimensiones de apoyo social con las variables del **contexto familiar** y la **sinceridad** (Objs 5,6)
- En el quinto apartado, nos ocuparemos de comparar el apoyo percibido por el **paciente** con el informe de **familiar** y los registros del familiar y profesional sobre determinadas variables “objetivas” del apoyo del paciente. (Objs 7,8)

DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL Y SALUD: MUESTRA II

- En el sexto apartado, se presentarán las **diferencias y relaciones** de las dimensiones de apoyo con el total de la muestra II de estudio, y en relación a las variables **sociodemográficas y clínicas**. (Objs 9,10)
- En el séptimo, se mostrarán las relaciones de las dimensiones y variables **apoyo social** de la muestra II con la **percepción de estrés** por la enfermedad y uso de **estrategias de afrontamiento**. (Obj 11)
- En el último apartado, presentaremos los resultados de la contribución del **apoyo social, percepción de estrés y afrontamiento** en las variables de salud; **ansiedad depresión, condición física**, y estado de **salud global** percibida de la muestra II (Obj 12)



3.1. DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL: MUESTRA I

3.1.1. ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL: PROVEEDORES, SATISFACCIÓN Y ACCIONES DE APOYO

PROVEEDORES DE APOYO:

La Tabla 3.1. muestra los resultados descriptivos de la variable proveedores reales de apoyo social: la frecuencia y número de pacientes que dicen percibir, o no, apoyo de cada uno de los proveedores potenciales, así como los que dicen no tener a alguno o algunos de ellos en la red. Además, se presentan los porcentajes de frecuencia calculados sobre el total de proveedores potenciales o disponibles. Éstos reflejan que los proveedores de apoyo más frecuentes son la **pareja** y los **hijos**. Es decir, de los que tienen pareja, un 95.1% recibe apoyo. De los que tienen hijos, un 92.6%. Con respecto a la red profesional, los pacientes se sienten apoyados tanto por el grupo de **médicos** (92.7%) como por el de **enfermería** (94.5%).

Dos son los grupos de proveedores potenciales de los que con mayor frecuencia no se percibe apoyo: **Padres** (47.1%) y **Vecinos** (41.1%). Finalmente, en los resultados del análisis descriptivo destacan como proveedores no disponibles en la red, los **padres** y **compañeros** de trabajo quienes presentan los niveles de frecuencia más alta; 68.8% y 47.7%, respectivamente.

Tabla 3.1 Proveedores de Apoyo

	REALES			NO PROVEEDORES			NO DISPONIBLE EN RED	
	N ¹	%	%(*)	N ²	%	%(*)	N	%
PAREJA	77	70.6	95.1	4	3.7	4.9	28	25.7
HIJOS	87	79.8	92.6	7	6.4	7.4	15	13.8
PADRES	18	16.5	52.9	16	14.7	47.1	75	68.8
HERMANOS	68	62.4	72.3	26	23.9	27.7	15	13.8
COMPAÑEROS	37	33.9	64.9	20	18.3	35.1	52	47.7
AMIGOS	84	77.1	79.2	22	20.2	20.8	3	2.8
VECINOS	63	57.8	58.9	44	40.4	41.1	2	1.8
MÉDICOS	101	92.7	92.7	8	7.3	7.3	0	0
ENFERMERAS	103	94.5	94.5	6	5.5	5.5	0	0
OTROS	10	9.2	100	0	0	0	99	90.8

N=109; (*) Frecuencia relativa al total de pacientes que tienen ese proveedor potencial o disponible

En un segundo análisis calculamos el **total de proveedores reales** que eran percibidos por cada paciente. El rango oscila entre ningún proveedor hasta el máximo, que serían diez proveedores incluyendo la posibilidad de mencionar algún otro no listado. (Ver tabla 3.2)

Tabla 3.2 Total de Proveedores Reales

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N	X±Dt
N	1	0	1	6	14	13	34	20	17	3	109	5.9±1.64
%	0.9	0	0.9	5.5	12.8	11.9	31.2	18.3	15.6	2.8	100	

La mayoría de pacientes (89.8%) se sienten apoyados por un número de proveedores que oscila entre 4 y 8. Sólo un paciente informa no tener ningún proveedor real, otro de tener únicamente dos proveedores, y 6 informan percibir apoyo de tres. Aunque el rango máximo de número de proveedores es de 10, el máximo de proveedores reales de los que se informa es 9 y es referido por tres pacientes.

SATISFACCION CON EL APOYO DE LOS PROVEEDORES

El grado de **satisfacción** con el apoyo prestado fue evaluado respecto de aquéllos que eran considerados como **proveedores reales** de apoyo. Por ello, parece coherente que las puntuaciones sean elevadas. (Ver Tabla 3.3)

Tabla 3.3. Grado de Satisfacción con el Apoyo por Proveedor Real

	NADA		POCO		REGULAR		BASTANTE		MUCHO		N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
PAREJA	1	1.3	2	2.6	1	1.3	14	18.2	59	76.6	77
HIJOS	0	0	1	1.1	4	4.6	16	18.4	66	75.9	87
PADRES	0	0	1	5.6	3	16.7	6	33.3	8	44.4	18
HEMANOS	0	0	2	2.9	6	8.8	22	32.4	38	55.9	68
COMPAÑEROS	1	2.7	2	5.4	3	8.2	16	43.2	15	40.5	37
AMIGOS	0	0	0	0	2	2.4	28	33.3	54	64.3	84
VECINOS	0	0	4	6.3	9	14.3	25	39.7	25	39.7	63
MÉDICOS	0	0	1	0.9	3	3.0	38	37.6	59	58.5	101
ENFERMERAS	0	0	0	0	2	1.9	43	41.7	58	56.3	103
OTROS	0	0	1	10	0	0	3	30	6	60	10

Exceptuando a padres, compañeros de trabajo y vecinos, más del 50% de los pacientes refiere estar “Muy Satisfecho” con el apoyo prestado por el resto de proveedores reales (Pareja, Hijos, Hermanos, Amigos, Médicos y Enfermeras). En particular, los niveles de satisfacción más elevados corresponden al apoyo percibido por la pareja y los hijos. Por su parte, entre las puntuaciones de satisfacción más bajas (“Poco” y “Regular”), 4 pacientes mencionan a los padres y 13 a los vecinos. La satisfacción media con el apoyo fue muy elevada ($X=4.4$, $Dt=0.6$)

ACCIONES DE APOYO DE CADA PROVEEDOR REAL

Los resultados que se muestran a continuación representan las distintas conductas que son percibidas por los pacientes como **acciones de apoyo**. De cada proveedor el paciente podía mencionar una o más de las acciones de apoyo listadas.

“Hacer Tareas” y “Acompañar” son las acciones de apoyo más comunes que percibe el paciente por parte de la pareja, junto con la de “Acompañar”. Ésta última también es la más frecuentemente percibida como acción de apoyo en el caso de los hijos, y los padres. En cuanto al hecho de “Interesarse”, tiene al frecuencia más alta en el caso de los Hermanos, Compañeros de trabajo, Vecinos, y Amigos. “Informar” es le que se percibe con mayor frecuencia del personal médico y “Animar” tiene la frecuencia más alta en relación al personal de enfermería (Ver Tabla 3.4)

Tabla 3.4: Acciones de Apoyo por Proveedor Real

	PAREJA		HIJOS		PADRES		HERMA.		COMPAÑ.		AMIGOS		VECIN.		MED IC.		ENFERM.		OTROS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESCUCHA	3	4.0	3	3.5	1	5.9	0	0	0	0	3	3.6	5	8.1	15	15.2	13	12.9	2	20.0
ANIMA	23	30.7	26	30.6	4	23.5	14	20.9	7	18.9	25	30.1	10	16.1	26	26.3	41	40.6	1	10.0
DISTRAE	9	12.0	10	11.8	2	11.8	3	4.5	0	0	17	20.5	5	8.1	1	1.0	15	14.9	2	20.0
INFORMA	0	0	2	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.6	32	32.3	17	16.8	0	0
ACONSEJ.	10	13.3	10	11.8	2	11.8	6	8.9	2	5.4	8	9.6	7	11.3	23	23.2	10	9.9	0	0
VISITA	0	0	17	20.0	2	11.8	24	35.8	14	37.8	29	34.9	15	24.2	2	2.0	1	0.9	1	10.0
OFRECE	16	21.3	19	22.4	5	29.4	12	17.9	4	10.8	16	19.3	16	25.8	2	2.0	5	4.9	5	50.0
TAREAS	29	38.7	28	32.9	4	23.5	13	19.4	8	21.6	13	15.7	14	22.6	5	5.1	8	7.9	4	40.0
ECONOMI.	3	4.0	5	5.9	0	0	3	4.5	1	2.7	2	2.4	1	1.6	0	0	0	0	0	0
INTERESA	17	22.7	28	32.9	4	23.5	34	50.7	20	54.1	43	51.8	35	56.4	24	24.2	28	27.7	3	30.0
ACOMPAN	29	38.7	30	35.3	8	47.1	21	31.3	4	10.8	16	19.3	6	9.7	0	0	0	0	3	30.0
OTRAS	16	21.3	20	23.5	1	5.9	4	5.9	3	8.1	6	7.2	3	4.8	33	33.3	33	32.7	2	20.0
N	75	100	85	100	17	100	67	100	37	100	83	100	62	100	99	100	101	100	10	100

Sumatorio de % es superior al 100% puesto que un proveedor puede dar más de un tipo de apoyo.

Así, determinadas acciones de apoyo son características de determinados proveedores, como es el caso de “Informar” por parte de los médicos. En el mismo sentido, “Económicamente” o “Acompañar” no son propias de los profesionales de la salud.

Por otro lado, el paciente podía ampliar las acciones de apoyo percibidas mencionando otras, que hemos incluido en una categoría aparte (Ver Tabla 3.5.) Es en el caso de la pareja y los hijos cuando se informa de otras acciones de apoyo con mayor frecuencia, concretamente: “comportarse como siempre”, “tratarle con paciencia” y “darle cariño” y “hacer lo que les pide”. Con respecto a médicos y enfermería, los pacientes informan de las siguientes acciones de apoyo por orden de frecuencia: “Atenderle bien”, “Controlar la enfermedad” (en el caso de los médicos), y ser “Amables o simpáticos”. (Ver Tabla 3.5.)

3.5. Otras Acciones de Apoyo por Proveedor Real

	PAREJA		HIJOS		PADRES		HERMA.		COMPAN.		AMIGOS		VECIN.		MED IC.		ENFERM.		OTROS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Seguir igual	5	6.6	7	8.2	1	5.9	1	1.5	1	2.7	2	2.4	1	1.6	2	2.0	1	0.9	0	0
Atender bien	1	1.3	1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11.1	18	17.8	0	0
Lo que pide	1	1.3	6	7.1	0	0	1	1.5	0	0	2	2.4	1	1.6	3	3.0	0	0	0	0
Amor Cariño	3	3.9	4	4.7	0	0	1	1.5	0	0	1	1.2	0	0	1	1.0	2	1.9	1	10
Aceptación	1	1.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paciencia	4	5.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.0	0	0	0	0
Sinceridad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.0	0	0	0	0
Humanidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.0	0	0	0	0
Control Enfe.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8.1	2	1.9	0	0
Ser amable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4.0	3	2.9	0	0
Regalos	0	0	1	1.2	0	0	0	0	2	5.4	1	1.2	0	0	0	0	0	0	1	10
Alegrarle	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Simpatía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2.9	0	0
N	76	100	85	100	17	100	67	100	37	100	83	100	62	100	99	100	101	100	10	100

DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.

Hemos analizado las distintas dimensiones de apoyo social: Proveedores, Satisfacción y Acciones de apoyo en función de las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, estado civil y personas que conviven en casa) y clínicas (tiempo de diagnóstico, estar recibiendo o no tratamiento de quimioterapia)

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:PROVEEDORES

En primer lugar y en cuanto al **sexo**, los resultados del análisis no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto del total de proveedores reales de apoyo ($Z=-1.47$; $p=.14$).

En segundo lugar, hemos realizado un análisis de diferencias entre el total de proveedores reales y grupos de **edad** de los pacientes estudiados. Los pacientes fueron distribuidos en cuatro grupos según intervalos de edad: entre 20 y 45 años, entre 46 y 58, entre 59 y 70, y el último a pacientes de 71 años o más. Los resultados indican que los pacientes más jóvenes cuentan con mayor número de proveedores de apoyo comparados con los pacientes de mayor edad (Ver Tabla 3.6)

Tabla 3.6 Total Proveedores Reales y Grupos de Edad. Análisis de Diferencias

EDAD	N	Rango Promedio	χ^2
20-45	18	64.1	8.8.1*
46-58	28	53.5	
59-70	44	57.3	
71-81	17	35.5	

* $p \leq .05$; $N=107$

En tercer lugar, con respecto al **nivel educativo** los pacientes fueron distribuidos en dos grupos. El primero de ellos, incluía los niveles más bajos (lletrados, Leer y Escribir y E.G.B o similar; $N=84$), y el segundo los niveles más elevados (B.U.P, F.P. o similar, y Titulados medios o Superiores; $N=25$). No aparecen diferencias en cuanto al número de proveedores entre estos dos grupos ($Z=-.45$; $p=.66$). Finalmente, hemos analizado si existen diferencias en el número de proveedores según el **estado civil** (casado o en pareja) y el número de personas con quienes **convive** (sólo o con otra persona). En ambos casos existen diferencias significativas con respecto al número total de proveedores. Los pacientes casados perciben mayor número de proveedores reales (Ver Tabla 3.7.)

Tabla 3.7 Total Proveedores Reales según Estado civil y Convivencia

E.CIVIL	N	Rango Promedio	Z
Casados/Pareja	79	60.58	-3.06**
Sin Pareja	30	40.32	
CONVIVE			
Sólo	10	16.20	-2.89**
Con Otra/o	37	26.11	

**p≤ .01

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:SATISFACCIÓN MEDIA

Hemos calculado la puntuación en **satisfacción media** con el apoyo percibido para cada uno de los pacientes de la muestra de estudio. Para ello, el total de la satisfacción de cada sujeto con sus proveedores reales se divide por el número total de proveedores reales de apoyo.

En primer lugar, en cuanto al **sexo** ($Z=-.66$, $p=.51$), **nivel educativo** ($Z=-.32$; $p=.75$), y **estar casado o en pareja**, ($Z=-.77$; $p=.44$) no encontramos diferencias significativas respecto de la satisfacción media con el apoyo de los proveedores reales. Sin embargo, los resultados del análisis respecto de la **edad** y del número de personas con quienes **convive** (sólo o con otra/s persona) fueron significativos. Los pacientes de edades comprendidas entre 59 y 70 años mostraban niveles de satisfacción media más elevados con el apoyo que sus proveedores le prestaban. Por su parte, aquellos pacientes que vivían solos mostraban niveles de satisfacción media más bajos comparados con quienes vivían al menos con una sola persona (Tabla 3.8)

Tabla 3.8 Satisfacción media según Grupos de Edad y Convivencia

EDAD	N	Rango Promedio	χ^2
20-45	18	43.33	10.6**
46-58	28	51.20	
59-70	44	64.88	
71-81	17	41.76	
CONVIVE			Z
Sólo	10	16.20	-2.05*
Con Otro/a	37	26.11	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y ACCIONES DE APOYO

Para el análisis de diferencias de las distintas acciones de apoyo, en primer lugar se ha obtenido una puntuación total de cada una de las acciones de apoyo que percibe el paciente de los distintos proveedores reales. Es decir la puntuación de una determinada acción de apoyo, por ejemplo, "Escuchar", se obtenía a partir del número de proveedores reales de apoyo de los que el paciente percibe dicha acción. Un paciente podía haber mencionado cinco proveedores de apoyo y obtener una puntuación total de "Escucha" igual a tres, pues dos de ellos no le prestaban esta acción de apoyo sino otras. De este modo, obtuvimos puntuaciones totales de las diferentes acciones de apoyo por parte de todos los proveedores. Un primer análisis entre el total de las distintas acciones de apoyo demostró que éstas se diferenciaban significativamente entre sí ($\chi^2 = 314.99$; $p \leq .001$, $N = 107$). Destacan los rangos de puntuación obtenidos por las acciones "Interés" y "Animar" frente al resto.

Los resultados en cuanto al **sexo** mostraron que las mujeres perciben con mayor frecuencia dos formas de apoyo: "Distraer" ($Z = -2.48$; $p \leq .01$) y "Ofrecerse" ($Z = -1.95$; $p \leq .05$). Con respecto a los grupos de **edad**, las diferencias en las distintas formas de apoyo se han mostrado en el caso de "Informar", "Aconsejar", "Visitar", "Interesarse", y "Acompañar"

Los pacientes más jóvenes perciben mayor número de acciones de apoyo como “Informar”, “Aconsejar” o “Acompañar”. Un segundo grupo de pacientes de edades entre 59 y 70 años, percibe como acciones de apoyo recibir “Visitas”. Una acción de apoyo como es “Interesarse” es percibida como tal por los paciente de entre 46 y 58 años. Finalmente, el nivel educativo y el estar casado o en pareja no introdujeron diferencias significativas en cuánto a percepción de las formas de apoyo prestadas. Aunque, aquéllos pacientes que decían vivir solos, percibían que una acción de apoyo como “Escuchar” era prestada con mayor frecuencia por sus proveedores ($Z=-3.07$; $p\leq .05$) (Ver Tabla 3.9)

Tabla 3.9 Acciones de Apoyo según Grupos de Edad.

	20-45	46-58	59-70	71-81	X ²
	Rango Medio (N=17)	Rango Medio (N=28)	Rango Medio (N=43)	Rango Medio (N=17)	
INFORMAR	68.41	47.96	49.64	54.38	8.18*
ACONSEJAR	66.44	44.41	54.28	50.47	7.93*
VISITAR	56.88	46.32	60.99	39.91	8.94*
INTERESARSE	51.50	62.04	55.37	33.62	9.99*
ACOMPañAR	62.50	55.82	54.27	35.65	8.99*

* $p\leq .05$;

VARIABLES CLÍNICAS Y PROVEEDORES

Las variables a utilizar en este apartado han sido: Diagnóstico, estar recibiendo tratamiento de Quimioterapia y el tiempo desde el Diagnóstico de la enfermedad. En cuánto al diagnóstico hemos considerado el grupo de mama (N=45) frente a otras patologías neoplásicas (N=50). Respecto al tiempo de diagnóstico, hemos considerado dos grupos de pacientes, los de tiempo menor o igual a dos años en comparación a los de más de dos años desde su diagnóstico. El estar recibiendo tratamiento de **Quimioterapia** no mostró diferencias significativas en cuánto al total de proveedores reales de apoyo ($Z=-0.27$, $p=.78$), tampoco el **diagnóstico** ($Z=-.83$, $p=.41$) o el **tiempo desde el diagnóstico** ($Z=-.60$, $p=.55$)

VARIABLES CLINICAS Y SATISFACCIÓN MEDIA

El **diagnóstico** ($Z=-1.26$ $p=.21$), ni el **tiempo desde el diagnóstico**, es decir haber sido diagnosticado hace dos años o más de dos años, no mostró diferencias significativas en cuánto a la satisfacción media con el apoyo ($Z=-0.15$; $p=.98$). El análisis de diferencias según el tratamiento muestra que aquellos que recibían **quimioterapia** demostró que éstos últimos presentaban niveles de satisfacción media más elevados con el apoyo. (Tabla 3.10)

Tabla 3.10 Satisfacción Media según Tratamiento de Quimioterapia.

QUIMIOTERAPIA	N	Rango Medio	Z
SI	52	62.47	-2.38*
NO	57	48.18	

* $p \leq .05$

VARIABLES CLINICAS Y ACCIONES DE APOYO

No encontramos diferencia según el **tiempo de diagnóstico** y las distintas acciones de apoyo que eran percibidas por los pacientes. Respecto del **diagnóstico**, las mujeres con cáncer de mama perciben más la acción de "Distraer". En el caso del tratamiento, aquellos pacientes que recibían **quimioterapia** refieren mayor número de "Otras" acciones de apoyo y significativamente menos acciones de apoyo como "Aconsejar".(Ver Tabla 3.11)

Tabla 3.11: Acciones de Apoyo según Quimioterapia y Diagnóstico

	MAMA (N=45)	OTROS (N=50)	Z
	Rango Medio	Rango Medio	
DISTRAER	55.27	41.46	-2.82**
QUIMIOTE.	SI (N=52)	NO (N=57)	Z
	Rango Medio	Rango Medio	
ACONSEJAR	47.02	60.12	-2.56**
OTRAS FORMAS	64.56	44.74	-3.52***

** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$;

3.1.2. ESTABILIDAD DE LAS DIMENSIONES DE APOYO:PROVEEDORES, SATISFACCION Y ACCIONES DE APOYO.

Analizamos la fiabilidad de la escala examinando, por un lado, los índices de correlación (Spearman-Brown) entre las diferentes dimensiones de apoyo social (Proveedores, Satisfacción y Acciones de Apoyo), y por otro lado, éstos se complementaron valorando si existían diferencias entre dichas dimensiones, evaluadas en dos momentos distintos.

En el caso de la dimensión Proveedores, analizamos el número de coincidencias entre ambas entrevistas, asegurándonos de que quien era mencionado como **Proveedor Real** en una primera entrevista también lo era en la segunda, al igual que en el caso de **No Proveedores**, y proveedores **No Disponibles en Red**. Obtuvimos así un índice de Solapamiento de estas variables representado por el número de personas mencionadas en ambas entrevistas y en cada una de las variables dividido por el mínimo de personas mencionadas en la primera o en la segunda entrevista y multiplicado por 100 (Veiel;1990).

Respecto de la **satisfacción media** y de las **acciones de apoyo**, el análisis de coincidencias se llevó a cabo sobre el total de la puntuación. Es decir no se analizó si las puntuaciones de satisfacción o de las acciones de apoyo de cada uno de los proveedores (por ejemplo: con la pareja) eran las mismas en la primera o segunda entrevista, sino que se calculó el índice de solapamiento dividiendo la puntuación mínima total de un sujeto, bien de la satisfacción media o de las acciones de apoyo, por la máxima de ese sujeto y multiplicándola por 100. Las puntuaciones de un sujeto respecto de una determinada acción de apoyo podían estar representadas por un "0" en ambos momentos de la evaluación, lo que significaba que no recibía esa acción de apoyo por parte de ningún proveedor. En este caso el índice de solapamiento en cuanto a esa acción de apoyo de ese sujeto era considerado como la máxima puntuación (100) reflejando así, que en ambos momentos de la evaluación las respuestas del sujeto coincidían en cuanto a la "no" percepción de esa acción de apoyo determinada.

Presentaremos en primer lugar, los resultados respecto de la variable proveedores y satisfacción para continuar con los referidos a las acciones de apoyo. Finalmente, mostraremos los resultados de los índices de solapamiento mencionados.

ESTABILIDAD DE PROVEEDORES Y SATISFACCION MEDIA

Tanto el número de proveedores de apoyo percibidos, el de no proveedores y el número de miembros no disponibles en la red mostraron correlaciones significativas elevadas. Por su parte, la satisfacción media con el apoyo percibido fue también significativa aunque con índices de asociación moderados (Ver Tabla 3.12)

Tabla 3.12: Análisis de Correlación: Proveedores y Satisfacción con el Apoyo.

	Prov. Reales	No Proveedor	No en Red	Satisfacción media
Proveedores Reales	.698***			
No Proveedores		.709***		
No están en la Red			.899***	
Satisfacción Media				.499***

*** $p \leq .001$; N=66

Ninguna de las variables (Proveedores Reales, No Proveedores, No están en la Red, Satisfacción Media) mostró diferencias significativas respecto de los dos momentos de la evaluación. (Ver Tabla 3.13)

Tabla 3.13 Análisis de Diferencias: Proveedores y Satisfacción con el Apoyo.

	Proveedores	No Proveedor.	No en Red	Satisfacción media
Rangos Positivos	19	9	10	26
Rango Negativos	11	20	4	29
Empates	36	37	52	11
Z(p)	-1.06 (.29) n.s.	-1.85 (.064) n.s.	-1.60 (.11) n.s.	-4.90 (.62) n.s.

N=66; Rangos Positivos=T2 >T1; Rangos negativos=T2<T1; Empates T1=T2

ESTABILIDAD DE LAS ACCIONES DE APOYO.

De los totales de las acciones de apoyo, "Distraer", mostró las correlaciones más elevadas. Otras acciones como "Visitar", "Interés", y "Acompañar" también mostraron correlaciones significativas. Con respecto al resto de acciones de apoyo ("Escuchar", "Animar", "Informar", "Aconsejar", "Ofrecerse", "Hacer Tareas", "Económico", "Otras") éstas no mostraron relaciones significativas cuando fueron evaluadas en dos momentos (Ver Tabla 3.14.)

Tabla 3.14 Acciones de Apoyo. Análisis de Correlación.

	DISTRAER	VISITAR	INTERESARSE	ACOMPAÑAR
DISTRAER	.534***			
VISITAR		.368**		
INTERESARSE			.355**	
ACOMPAÑAR				.303*

N=66 *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$;

El análisis de diferencias mostró resultados significativos para las siguientes acciones de apoyo: "Ofrecerse" "Interés", y "Otras". No hubieron diferencias entre el resto de acciones de apoyo. (Ver Tabla 3.15)

Tabla 3.15: Análisis de Diferencias: Acciones de Apoyo.

	OFRECE	INTERÉS	OTRAS
Rango Positivos	34	34	11
Rango Negativos	10	15	42
Empates	22	17	13
Z(p)	-3.59***	-2.43*	-3.92***

N=66; Rangos Positivos= $T2 > T1$; Rangos negativos= $T2 < T1$; Empates $T1 = T2$; *** $p \leq .001$; * $p \leq .05$;

INDICES DE SOLAPAMIENTO: PROVEEDORES, SATISFACCIÓN MEDIA Y ACCIONES DE APOYO.

Tanto el número de proveedores como el de no proveedores, miembros no disponibles en la red y satisfacción media alcanzan los índices de solapamiento más elevados en torno a .90.

En el caso de las acciones de apoyo estos índices se sitúan en torno a puntuaciones intermedias en un rango de 0-100. Cabe resaltar la acción de apoyo “Económico” que alcanza el índice de solapamiento más elevado (84.09%). (Ver Tabla 3.16)

Tabla 3.16: Solapamiento. Proveedores, Satisfacción Media y Acciones de Apoyo.

	N	V. mínimo	V.máximo	Solapamiento (%)	Dt.
PROV. REALES	66	80	100	97.23	6.58
NO PROVEED.	66	0	100	89.77	28.07
NO EN RED	66	50	100	98.23	8.34
SATISF. MEDIA	65	50	100	91.96	8.53
ESCUCHA	66	0	100	66.41	46.82
ANIMA	66	0	100	40.45	42.09
DISTRAE	66	0	100	66.16	43.38
INFORMA	66	0	100	56.06	49.24
ACONSEJA	66	0	100	54.29	48.68
VISITA	66	0	100	59.75	42.75
OFRECE	66	0	100	58.56	137.33
TAREA	66	0	100	47.98	44.09
ECONOMICO	66	0	100	84.09	36.33
INTERES	66	0	100	53.04	35.58
ACOMPaña	66	0	100	55.05	44.79
OTROS	66	0	100	41.51	38.18

3.1.3. ESTRUCTURA DE LAS DIMENSIONES DE APOYO:PROVEEDORES Y ACCIONES

En este apartado analizaremos empíricamente la estructura de las dimensiones de apoyo para comprobar las propuestas teóricas acerca de las agrupaciones de **proveedores** según cercanía y **acciones** según contenidos similares

ESTRUCTURA DE LOS PROVEEDORES DE APOYO REALES

El análisis factorial de los proveedores reales de apoyo se llevó a cabo con las puntuaciones de satisfacción con el apoyo de cada proveedor. Primero, analizamos la correlación entre ítems de cada una de las puntuaciones, así como la correlación ítem-total y el índice de consistencia interna (Alpha de Cronbach). Los ítems **padres**, **vecinos** y **otros** presentaron una única correlación con **hermanos**, **amigos**, y **pareja** respectivamente. Éstos tres últimos junto con el de **hijos** no mostraron correlaciones significativas con la puntuación total de la escala (una vez excluido el ítem en cuestión). (Ver tabla 3.17). El índice de consistencia interna de la totalidad de los ítems fue de .52 y éste oscilaba entre .41 a .55 excluyendo cada uno de los ítems. El valor más elevado corresponde a .55 excluyendo el ítem de **otros**.

Tabla 3.17. Correlación y Consistencia Interna: Satisfacción Apoyo Proveedores.

	Pareja	Hijos	Padres	Herman	Compañ	Amigos	Médico	Ítem -Total	α^*
Pareja								.22*	.49
Hijos	.42**							.13	.52
Padres								.05	.53
Herman.			.22*					.29**	.47
Compa.								.27**	.48
Amigos	.23*	.24*		.29**	.25**			.47**	.41
Vecinos						.25**		.16	.51
Médicos	.31**	.27**		.29**	.27**	.42**		.41**	.45
Enferm.	.30**	.19*		.22*	.32**	.46**	.73**	.35**	.47
Otros	-.25**							-.08	.55

α total= .52 ; (*) alpha de la escala excluyendo el ítem; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; N=109

Aplicamos sobre la matriz de correlaciones un análisis factorial de componentes principales y rotación ortogonal (Varimax) incluyendo la totalidad de los ítems de la subescala de satisfacción con cada proveedor. Para la solución final definimos los siguientes criterios: 1) factores con valor propio superior a la unidad; 2) incluir en cada factor los ítems con saturaciones de al menos .40; y 3) considerar los factores que presenten una coherencia teórica.

La primera solución factorial explicó un 63% de la varianza total e incluía 4 factores. Un primer factor compuesto por los proveedores de la red profesional (médicos y enfermería). El segundo factor lo componían los padres e hijos, junto con otros proveedores; éste último ítem saturaba en negativo. El tercer factor lo componían los proveedores de la red social (compañeros de trabajo, amigos, y vecinos). Por último, los padres y hermanos componían el último de los factores. Todos los ítems presentaban saturaciones superiores a .62.

Los resultados de nuestro primer análisis factorial cumplían los criterios establecidos para establecer la solución final del mismo. Sin embargo, a la vista de los resultados respecto de la matriz de correlaciones e índices de consistencia interna por un lado, y por otro, debido a la diversidad en cuanto al tipo de proveedores incluidos en la categoría de **otros**, adscrita a un factor formado fundamentalmente por el núcleo familiar, decidimos comprobar una nueva solución factorial eliminando como proveedores a “otros”. Los resultados mostraron un 68% de la varianza total explicada y mantuvieron la misma solución de 4 factores agrupados del siguiente modo: **Red Profesional, Red social, Red Nuclear Familiar y Red Familiar**. Ésta última solución factorial mostró, en primer lugar, saturaciones similares de los ítems en cada uno de los factores, en segundo lugar, un incremento en la varianza total explicada, y en tercer lugar, cumplía con los criterios de coherencia teórica. (Ver tabla 3.18)

Tabla 3.18.: Estructura factorial de Proveedores Reales: Redes de Apoyo

	PROFESIONAL	SOCIAL	NÚCLEO FAMILIAR	FAMILIAR
Enfermeras	.88	-.07	-.03	-.01
Médicos	.85	.17	-.09	-.03
Compañeros	-.07	.74	-.04	-.05
Vecinos	-.01	.71	-.15	-.04
Amigos	.32	.63	.26	.18
Pareja	-.04	-.03	.84	.18
Hijos	-.07	-.02	.82	-.18
Padres	-.28	.12	-.03	.80
Hermanos	.43	-.03	-.04	.72

VE=68%; KMO:.60; Índice de Barlett: .000; N=109

ESTRUCTURA FACTORIAL DE LAS ACCIONES DE APOYO

Analizamos la correlación entre ítems de cada una de las puntuaciones totales de las diferentes acciones de apoyo, así como la correlación ítem-total y el índice de consistencia interna (Alpha de Cromback). Mostrar **Interés**, **Animar**, **Visitar** y **Tareas** presentan una correlación significativa. El resto de acciones muestran correlaciones con más de una de las acciones de apoyo evaluadas. Los índices de consistencia se incrementan a .44 eliminando las acciones de apoyo incluidas en la categoría de **Otras**. (Ver Tabla 3.19)

Tabla 3.19.: Correlación y Consistencia Interna: Total Acciones de Apoyo

	ESCU	ANIM	DISTR	INFOR	ACONS	VISIT	OFREC	ECON	α^*
ESCUCHA									.23
ANIMA									.24
DISTRA.		.23*							.24
INFORM.	.38**								.28
ACONSE.	.23*			.42**					.31
VISITA									.28
OFRECE									.28
TAREAS							.25**		.29
ECONO.	.26**			.19*			.22**		.26
INTERES								.20*	.32
ACOMP.			.22*			.29**		.23*	.23
OTRAS	-.32**			-.34*	-.38**				.44

α total= .30 ; (*) alpha de la escala excluyendo el ítem; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; N=107

La solución inicial mostró 5 factores con saturaciones de los ítems superiores a .40 y un total de varianza explicada de .64. Sin embargo, **Otras** acciones de apoyo saturaba en negativo con puntuaciones similares en más de un factor dada la diversidad de acciones de apoyo que engloba. Por otro lado, un factor estaba constituido por un único ítem (**Interés**) y otro, no cumplía el criterio de coherencia teórica mezclando formas de apoyo de carácter fundamentalmente emocional e instrumental. Decidimos eliminar en primer lugar eliminar “otras” acciones de apoyo, y la nueva solución factorial mostró de nuevo los mismos factores y dificultades de interpretación.

Comprobamos una nueva solución factorial en la que, además de la acción **Otras**, se eliminó la de **Interés** debido a que por un lado, en nuestra primera solución factorial aparecía aislado en un solo factor; por otro lado, en la matriz de correlaciones presentaba

el índice más bajo de entre aquéllos que mantenían una única correlación con otra acción de apoyo; y finalmente, si además este ítem era eliminado la escala mostraba un índice de consistencia que, aunque levemente, se incrementaba de .30 a .32.

Los resultados mostraron 4 factores con un total de varianza explicada de .61. Sin embargo, uno de éstos factores no cumplió los criterios de coherencia teórica. Decidimos repetir dicho análisis forzando a 3 el número de factores esperados. Esta última solución factorial, aunque mostró una varianza total explicada más baja (.51), definió tres grupos de acciones de apoyo representadas por ítems con cargas factoriales superiores a .50. Coincidiendo así, con las que han sido mencionadas en la literatura con mayor frecuencia: Emocional, Informativo e Instrumental. (Bloom, 1982; House y Khan, 1985; Tardy, 1985; Wills, 1985; Diaz Veiga, 1987; Lemos Giraldez y Fernández-Hermida, 1990; Cutrona y Russel, 1990; Winemiller et al, 1993; Krishnasamy; 1996; Barrón, 1996) (Ver Tabla 3. 20.).

Un primer factor recoge determinadas acciones características de una categoría de apoyo informativo, de consejo o guía cognitiva. El segundo factor incluye otro tipo de acciones cuyo objetivo es paliar de algún modo el impacto emocional. Por último, el resto de acciones de apoyo se refieren básicamente a la prestación de servicios; al apoyo material o tangible.

Tabla 3.20.: Análisis Factorial: Total de Acciones de Apoyo: Categorías de Apoyo

	INFORMATIVO	EMOCIONAL	INSTRUMENTAL	α
Informar	.79	-.13	.17	.49
Aconsejar	.68	-.19	-.24	
Escuchar	.66	.24	.34	
Animar	.43	.31	-.39	
Visitar	-.11	.71	.03	.46
Acompañar	-.19	.66	.25	
Distraer	.27	.61	-.15	
Ofrecerse	.03	.05	.72	.42
Hacer Tareas	-.02	-.03	.59	
Económico	.32	.31	.51	

VE % = .51 (KMO: .57; Barlett: =.000) N=107

Por último en cuanto a cada uno de los factores o **Categorías de Apoyo**, los índices de consistencia interna de cada uno de ellos fueron superiores al obtenido respecto de la escala total mientras que el más elevado fue el de la categoría de apoyo **Informativo**. En

este sentido, respecto de las diferentes acciones de apoyo que describen una determinada categoría, se confirma un mayor grado de homogeneidad que el resultante de la escala total.

3.1.4. DIMENSIONES DE APOYO, CLIMA FAMILIAR Y SINCERIDAD

A continuación examinaremos las relaciones entre las diferentes variables de apoyo social (proveedores, satisfacción y acciones de apoyo) con las subescalas de clima familiar: **cohesión, conflicto y expresividad** y con la subescala de **sinceridad**.

Para los análisis con la escala del Clima Familiar, obtendremos las puntuaciones del total de proveedores reales, total de No proveedores, la satisfacción media y el total de cada una de las acciones de apoyo de la **Red Nucleo Familiar** (pareja e hijos) y **Red Familiar** (padres y hermanos) exclusivamente. Con respecto a la escala de **Sinceridad** se analizaron las puntuaciones totales de proveedores reales y de no proveedores, de la satisfacción media, y de los totales de cada una de las acciones de apoyo.

CLIMA FAMILIAR Y DIMENSIONES DE APOYO: PROVEEDORES. SATISFACCION MEDIA Y ACCIONES DE APOYO.

Cuando la Pareja e Hijos eran No Proveedores, menor grado de Cohesión y Expresión, y mayor de Conflicto familiar. Por su parte, cuando ambos eran Proveedores Reales, se establecían relaciones con la Expresión ($r=.24, p\leq.05$); y la Satisfacción media con los mismos con el grado de cohesión respectivamente($r=.32, p\leq.01$). Cuando padres y hermanos eran Proveedores Reales de apoyo aparecían relaciones significativas con expresión ($r=.22, p\leq.05$); y cuando eran No Proveedores con cohesión en sentido negativo ($r=-.27, p\leq.05$). (Tabla 3.21)

Ver Tabla.: 3. 21.Clima Social y Proveedores , Satisfacción media y Acciones.

Pareja e Hijos	Cohesión	Expresión	Conflicto
Proveedores	n.s.	.24*	n.s
No Proveedores	-.22*	-.22*	.21*
Satisfacción Media	.32**	n.s	n.s
Padres y Hermanos			
Proveedores	n.s	.22*	n.s
No Proveedores	-.27*	n.s	n.s
Satisfacción Media	n.s	n.s	n.s
Acompañar	n.s	-.20*	n.s

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; N=108

SINCERIDAD Y DIMENSIONES DE APOYO: PROVEEDORES, SATISFACCIÓN MEDIA Y ACCIONES DE APOYO.

En cuanto a los resultados sobre sinceridad, el número de no proveedores y el total de “Escuchar” como acción de apoyo se relacionó con los niveles de sinceridad en sentido positivo. Por su parte la satisfacción media con el apoyo correlacionó en sentido negativo con sinceridad. Es decir, a mayor número total de No Proveedores, mayor sinceridad y a mayor satisfacción media menor sinceridad (Ver Tabla 3.22)

Tabla 3.22: Sinceridad y Proveedores, Satisfacción Media y Acciones de Apoyo

	Proveedores	No Proveedores	Satisfacción Media	Escuchar
Sinceridad	n.s.	.29**	-.29**	.24*

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; N=107

A la vista de los resultados obtenidos entre la subescala de sinceridad y satisfacción analizaremos el grado de influencia de la variable sinceridad con respecto a las puntuaciones obtenidas en satisfacción con el apoyo. Para ello analizaremos los datos de dicha escala tal y cómo son referidos en el manual editado por T.E.A. (V. Escolar y cols; 1989). En primer lugar eliminaremos un 5% de los sujetos cuyas puntuaciones en sinceridad sean más bajas y obtendremos de nuevo los datos de correlación entre ambas variables. En segundo lugar, dividiremos la muestra de estudio en dos grupos , de alta y baja sinceridad, en función de la media del grupo ($X=6.16 \pm 3.40$) y éstos serán analizados por separado con respecto a sus puntuaciones en satisfacción con el apoyo .

En cuanto a los resultados obtenidos tras eliminar cinco sujetos del total de la muestra (N=108), el índice de correlación entre satisfacción y sinceridad fue similar mostrando igualmente relaciones significativas en sentido negativo ($r=-.26$, $p\leq.01$). A continuación se presentan los análisis llevados a cabo con los grupos de alta y baja sinceridad. (Ver Tabla 3.23)

Tabla 3.23: Análisis de Diferencias y Correlación: Sinceridad y Satisfacción Media

	Grupo 1: Baja Sinceridad N=67	Grupo 2: Alta Sinceridad N=41	
SATISFACCION	RP:59.01 $r = -.40^{**}$	RP:47.13 $r = -.06$ (n.s.)	Z=-1.93; p=.053

Los grupos de alta y baja sinceridad mostraron diferencias significativas en cuánto a sus puntuaciones en satisfacción, siendo el grupo de baja sinceridad el que refiere puntuaciones más elevadas en dicha variable. Por su parte, este mismo grupo fue el que mantuvo correlaciones significativas con satisfacción mientras que no hubo relación en cuánto a las puntuaciones del grupo de alta sinceridad y satisfacción con el apoyo.

3.1.5. GRADO DE ACUERDO PACIENTE, FAMILIAR Y PROFESIONAL.

Dos aspectos se analizarán en este apartado:

- 1) en que medida la información ofrecida por parte del **familiar** se corresponde con la referida por el **paciente** acerca del apoyo que éste último percibe habiendo sido ambos (paciente y familiar) entrevistados con la Escala de Apoyo Social Percibido (EASP)
- 2) el grado de acuerdo de las respuestas del **familiar** y **profesional** de la salud a dos preguntas “objetivas” (quiénes le visitan en casa y quiénes le acompañan cuando acude al hospital, respectivamente), con la información del **paciente** de si éste percibe dichas acciones de apoyo (visitar o acompañar) de aquellas personas que familiares y profesionales mencionan.

Llevaremos a cabo el mismo procedimiento y análisis utilizado en el caso de la fiabilidad Test-Retest para establecer las relaciones referidas en el primer apartado entre familiar y paciente. Es decir, por un lado, obtendremos los índices de correlación (Spearman-Brown) entre las diferentes variables de apoyo social (**Proveedores**, **Satisfacción media** y total de **Acciones de Apoyo**), evaluadas desde el paciente y desde el familiar o acompañante, y por otro lado, comprobaremos si existen diferencias respecto de las mismas comparando la información que ambos nos ofrecen. Además, en cuanto a la variable Proveedores, No Proveedores, y miembros No disponibles en la Red, obtendremos el Índice de Solapamiento analizando el número de coincidencias respecto de la personas mencionadas en ambas entrevistas y en cada una de las variables. Igualmente, en el caso de la satisfacción media y de las acciones de apoyo, el análisis de coincidencias se llevó a cabo sobre el total de la puntuación.

En el segundo punto de este apartado analizaremos si la información del paciente en cuanto a la percepción de una determinadas acción de apoyo por un proveedor real coincide con la información del familiar o profesional (**Visitar** o **Acompañar**). Es decir, se comprobará que quién es percibido como proveedor real por el paciente y de quién éste percibe, o no, la acción de apoyo “visitar” o “acompañar” es mencionado, o no, por el familiar o el profesional cuando responden acerca de quiénes “visitan” o “acompañan” al enfermo respectivamente. Por ejemplo, si el profesional informa que al paciente le “Acompaña” la pareja, comprobaremos que, el paciente ha mencionado a la pareja como proveedor real y que percibe de su pareja la acción de “Acompañar”

En primer lugar, mostraremos los resultados respecto de la variable **Proveedores** y **Satisfacción media** para continuar con los referidos al total de **Acciones de apoyo** y terminar describiendo los resultados de los índices de solapamiento.

PACIENTE-FAMILIAR: PROVEEDORES Y SATISFACCIÓN MEDIA

Tanto el total de **Proveedores Reales** percibidos, el de **No Proveedores** y el total de miembros **No disponibles en la Red** mostraron correlaciones significativas, siendo ésta última la más elevada ($r=.908$, $p\leq .001$). Sin embargo, la **Satisfacción media** con el apoyo percibido no presentó correlaciones significativas (Ver Tabla 3.24)

Tabla 3.24 A. Correlación Paciente-Familiar: Proveedores y Satisfacción Media

	Proveedores	No Proveedor.	No en Red	Satisfac. Media
Proveedores	.515 **			
No Proveedores		.345**		
No están en la Red			.908***	
Satisfacción Media				n.s.

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; n.s.= no significativa ; N=77

Las variables total de Proveedores Reales, total de No Proveedores y total de los que No están en la Red, no mostraron diferencias significativas entre paciente y familiar. Con respecto a la Satisfacción Media, el paciente refería puntuaciones de satisfacción con el apoyo más elevadas que las referidas por el familiar. (Ver Tabla 3. 25).

Tabla 3.25: A. Diferencias Paciente-Familiar: Proveedores y Satisfacción Media .

	Proveedores Real		No proveedores		No en la Red		Satisfac. Media	
	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar
Rango Promedio	94.72	91.77	95.37	90.85	89.23	99.54	98.25	85.47
Z(p)	-0.38 (.71) n.s.		-0.59 (0.56) n.s.		-1.33(.18) n.s.		-2.52 (.01) **	

N=77; n.s.= no significativa

PACIENTE-FAMILIAR Y ACCIONES DE APOYO

Sólo dos acciones de apoyo mostraron correlaciones significativas: **Escuchar** e “Interés” mientras que el resto (“Animar”, “Distraer”, “Informar”, “Aconsejar”, “Visita”, “Ofrecerse”, “Hacer Tareas”, “Económico”, “Acompañar” y “Otras”) no mostraron relaciones significativas cuando comparábamos la información ofrecida por el familiar y por el paciente respecto de las mismas. Por su parte, únicamente “Animar” y “Otras” mostraron diferencias significativas en cuanto a la variedad de acciones de apoyo que el paciente decía percibir frente a las referidas por el familiar.

Tabla 3.25: Correlación y Diferencias Paciente-Familiar Total Acciones de Apoyo

	INTERES	ESCUCH	ANIMAR			OTRAS		
			Paciente	Familiar	Z(p)	Paciente	Familiar	Z(p)
INTERES	.24*							
ESCUCH.		.34**	RP: 100.6	RP:81.2	-2.53 **	RP:109.4	69.1	-5.24 ***

N=77; *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$;

INDICES DE SOLAPAMIENTO: PROVEEDORES, SATISFACCIÓN Y ACCIONES DE APOYO.

Los índices de solapamiento más elevados se presentan en el caso del quienes **No están en la Red** (98.92%) y de los **Proveedores Reales** (96.29%) de apoyo, seguido de la **Satisfacción media** (87.97) con el apoyo, y los **No Proveedores**. Las acciones de apoyo en general presentan índices de solapamiento más bajos. **Escuchar** presenta el índice más elevado. (Ver Tabla 3.26)

Tabla 3.26.: Solapamiento: Proveedores Satisfacción media y Acciones de Apoyo

	N	V. mínimo	V.máxim	Solapamiento (%)	Dt.
PROVEED. REALES	77	60	100	96.29	8.78
NO PROVEEDORES	77	0	100	87.23	31.75
NO EN LA RED	77	50	100	98.92	6.81
SATISFAC. MEDIA.	76	60	100	87.97	8.20
ESCUCHA	75	0	100	76.89	40.70
ANIMA	75	0	100	32.86	39.54
DISTRAE	75	0	100	55.44	49.14
INFORMA	75	0	100	59.33	48.42
ACONSEJA	75	0	100	52.41	47.73
VISITA	75	0	100	45.64	44.69
OFRECE	75	0	100	44.97	45.37
TAREA	75	0	100	48.63	43.92
ECONOMICO	75	0	100	87.33	32.98
INTERES	75	0	100	49.49	35.82
ACOMPaña	75	0	100	42.00	45.71
OTROS	75	0	100	35.29	37.30

PACIENTE, FAMILIAR Y PROFESIONAL: VISITAR Y ACOMPAÑAR

Los familiares nos informan acerca de quiénes **Vistan** al paciente, siendo los Amigos (53.9%) los que lo hace con mayor frecuencia , seguido de Otros y de los Hermanos (Ver tabla 3.27)

Tabla 3.27: Visitas del paciente según el Familiar

	PADRES	HERMANOS	COMPAÑEROS	AMIGOS	VECINOS	OTROS
N*	2	18	3	41	12	24
%	2.6	23.7	3.9	53.9	15.8	31.6

N=76 (*) Sumatorio N mayor de 76, puesto que el familiar puede informar de más de un proveedor que visita

Con respecto a la acción de **Visitar**, los índices de solapamiento más elevados entre paciente y familiar se establecen en el caso de **Otros, Hijos, Padres, y Hermanos** como proveedores de dicha forma de apoyo. (Tabla 3.28.)

Tabla 3.28: Grado de Acuerdo Paciente-Familiar: Acción Visitar

	N*	VISITAR	NO VISITA	NO COINCIDENCIAS
HIJOS	62	9 (14.5%)	30 (48.4%)	23(37.1%)
PADRES	10	-	6 (60.0%)	4 (40%)
HERMANOS	46	7(15.2%)	21(45.7%)	18(39.1%)
COMPAÑEROS	27	2 (7.4%)	10(37.0%)	15(55.6%)
AMIGOS	59	12 (20.3%)	19(32.2%)	28(47.5%)
VECINOS	43	1(2.3%)	21(48.8%)	21(48.8%)
OTROS	7	-	5(71.4%)	2(28.6%)

(*) Sumatorio N mayor de 76, puesto que el familiar puede informar de más de un proveedor que visita

Los profesionales de la salud cumplieron un total de 102 registros informándonos acerca de quiénes **Acompañan** al paciente. A la mayoría de los enfermos le acompañaba el esposo/a (52.9%) seguido de los hijos/as (25.5%).(Tabla 3.29)

Tabla 3.29: Acompañantes del paciente según el Profesional

	ESPOSO/A	HIJOS/AS	PADRES	HERMANOS	AMIGOS	OTROS	SOLA/O
N*	54	26	1	4	4	1	12
%	52.9	25.5	1.0	3.9	3.9	1.0	11.8

N= 102 (*) Sumatorio N mayor de 102, puesto que el profesional puede informar de más de un acompañante

Por último se presentan los datos respecto de las coincidencias entre paciente y profesional al mencionar que un determinado proveedor **Acompaña** o **No Acompaña** al paciente. De igual modo se muestran aquéllos casos en que el paciente informa de que un determinado proveedor le acompaña y éste no es mencionado por el profesional o viceversa. (Tabla 3.30)

Tabla 3.30: Grado de Acuerdo Paciente-Profesional: Acción Acompañar

	N*	ACOMPaña	NO ACOMPaña	NO COINCIDEN
ESPOSO/A	72	22 (30.56%)	14 (19.44%)	36 (50.00%)
HIJOS/AS	80	15 (18.75%)	42 (52.50%)	23 (28.75%)
PADRES	18	1 (5.56%)	10 (55.56%)	7 (38.90%)
HERMANOS	64	3 (4.68%)	43 (67.19%)	18 (28.13%)
AMIGOS	77	1 (1.30%)	60 (77.92%)	16 (20.78%)
OTROS	10	1 (10.00%)	8 (80.00%)	1(10.00%)
SOLA	41 (1)	-	4 (9.76%)	37(90.24%)

(1) pacientes que informan de que ningún proveedor le acompaña. (*) Sumatorio N mayor de 102, puesto que el profesional puede informar de más de un acompañante

El mayor número de coincidencias se da en el caso de **Otros, Amigos, Hermanos y Padres** que no son nombrados ni por el paciente ni por el profesional respecto a la realización de esta acción de apoyo. El número de coincidencias más elevado respecto de esta acción se da al mencionar ambos (paciente y profesional) al **Esposo/a** o a los **Hijos/as**. Un grupo de pacientes (41) refería que ningún proveedor le acompañaba. En este caso, el profesional coincide informándonos en 4 casos de que la ó el paciente acudía **Sola/o** y menciona a algún acompañante con respecto a los otros 37 casos. Por último, ocho pacientes mencionan a algún proveedor que le acompañaba mientras que el profesional no lo refería.

3.2. DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL Y SALUD: MUESTRA II

En este segundo apartado comprobaremos las relaciones de las dimensiones de apoyo con la percepción de estrés por la enfermedad y afrontamiento, así como con las variables de resultados de salud en la muestra II. En primer lugar, realizaremos un estudio descriptivo del apoyo social sobre la base de los datos obtenidos de la estructura factorial de Proveedores y Acciones de Apoyo.

Por lo tanto, a partir de aquí, además de las dimensiones y variables de apoyo evaluadas (Proveedores Reales, No Proveedores, No disponibles en Red y Satisfacción Media) podremos obtener también las puntuaciones de cada una de las variables según Redes: **Nuclear Familiar, Familiar, Social, y Profesional.**

Por ejemplo, la **Satisfacción Media con la Red Nuclear** se obtendrá de la satisfacción percibida de los proveedores, padres e hijos, y dividido por el número de Proveedores reales en esa Red.

De igual modo, podremos obtener puntuaciones de las **Categorías de Apoyo Emocional, Instrumental, e Informativo.** Cada una de ellas será igual a la suma de los totales de las acciones de apoyo que se incluyen en cada categoría.

Por ejemplo, la Categoría de apoyo **Emocional**, incluye la suma de los totales de las acciones: Visitar, Acompañar y Distraer.

Aquí se expondrán los resultados de los dos últimos apartados; apoyo social y salud.

3.2.1. PROVEEDORES, SATISFACCIÓN, Y ACCIONES O CATEGORÍAS DE APOYO:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS DIMENSIONES Y VARIABLES DE APOYO

El análisis descriptivo de la segunda muestra mostró que los pacientes cuentan con una media de 5 **Proveedores Reales**. La **satisfacción media** con el apoyo es elevada, indicando que los pacientes están bastante satisfechos con el apoyo. Del total de Acciones de Apoyo, **Animar** alcanza la media más elevada. (2.2 ± 1.9) seguida de la acción de **Visitar**. De Categorías de Apoyo, destaca la **Informativa** presentando la media más elevada (Tabla 3.31)

Tabla 3.31: Proveedores, Satisfacción, Acciones y Categorías de Apoyo

	N	V. mínimo	V.máximo	Rango	X	dt
Total Proveedores Reales	130	1	10	0-10	5.8	1.67
Total No Proveedores	130	0	10	0-10	0.8	1.12
Total no están en Red	130	0	7	0-10	2.3	1.24
Satisfacción Media	130	1	5	1-5	4.2	0.7
Total Informar	131	0	2	0-10	0.3	0.5
Total Aconsejar	131	0	5	0-10	0.3	0.9
Total Escuchar	131	0	6	0-10	0.5	1.2
Total Animar	131	0	8	0-10	2.2	1.9
Total Visitar	131	0	6	0-10	1.0	1.2
Total Acompañar	131	0	3	0-10	0.6	0.7
Total Distraer	131	0	6	0-10	0.5	1.1
Total Ofrecerse	131	0	3	0-10	0.2	0.5
Total Tareas	131	0	4	0-10	0.9	0.9
Total Económico	131	0	6	0-10	0.1	0.6
C. Informativo	131	0	19	0-40	3.4	3.4
C. Emocional	131	0	7	0-30	2.1	1.7
C. Instrumental	131	0	6	0-30	1.2	1.2

Analizamos el número de Proveedores Reales de cada Red (Nuclear, Familiar, Social y Profesional) y la satisfacción media con cada una de ellas. Los resultados mostraron que una mayoría de pacientes cuenta con dos proveedores en la **Red Nuclear** (62.5%), así como en la **Profesional** (58.2%). Los niveles de satisfacción media con las distintas

Redes fueron elevados y muy similares. Destaca la **Satisfacción Media** con la **Red Nuclear** (4.6 ± 0.8) (Ver Tabla 3.32)

Tabla 3.32: Proveedores Reales y Satisfacción Media por Redes de Apoyo

PROVEEDORES REALES	0	1	2	3	SATISF MEDIA	
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	X±Dt	(N)
Red Nuclear Familiar	10 (7.8)	37(28.7)	82 (62.6)	-	4.6±0.8	(119)
Red Familiar	24 (18.6)	76(77.5)	29 (22.5)	-	4.2±0.9	(104)
Red Social	18(14.2)	30(23.6)	62 (48.8)	17 (13.4)	4.0±1.0	(109)
Red Profesional	2(1.6)	49(40.2)	71 (58.2)	-	4.2±0.7	(114)

ANÁLISIS DE DIFERENCIAS Y DE RELACIONES DE LAS DIMENSIONES Y VARIABLES DE APOYO

La **satisfacción media** presentó el nivel más elevado en el caso de **Red Nuclear** compuesta por pareja e hijos, seguido de la satisfacción con **Red Familiar** y **Profesional**, y en último lugar la satisfacción con la **Red Social** ($\chi^2 = 37.69$; $p = .000$). En cuanto a las categorías de apoyo las diferencias significativas ($\chi^2 = 52.17$; $p = .000$) se mostraron entre el **Informativo** y **Emocional** que alcanzaron puntuaciones significativamente más elevadas seguido en último lugar del factor **Instrumental** Tabla (3.33.)

Tabla 3.33: Diferencias en Satisfacción por Redes y Categorías de Apoyo

SATISF MEDIA	Rango Promedio	CATEGORIAS APOYO	Rango Promedio
Familia Nuclear	3.11	Informativo	2.36
Familia Cercana	2.46	Emocional	2.07
Social	2.09	Instrumental	1.56
Profesional	2.35		
N=75	$\chi^2 = 37.69$; $p = .000$	N = 131	$\chi^2 = 52.17$ $p = .000$

Rangos: Satisfacción(1-5); Categorías Informativo(0-40), Instrumental y Emocional (0-30).

Llevamos a cabo un análisis de correlación para determinar con mayor precisión entre que Categorías de Apoyo se establecen las diferencias. Además, comprobar las propuestas teóricas de la multifuncionalidad del apoyo. Es decir, una acción específica, por ejemplo: Hacer Tareas o Informar se puede percibir también como una muestra de afecto (House y

Khan, 1985, Sarason et al,1987,Veiel,1990; Barrón; 1996, Vazquez-Morejón;1997) Los resultados mostraron relaciones entre ellas, presentándose las más elevadas entre la **Emocional e Informativa** (.33, $p \leq .01$;) lo que apoyan que éstas categorías son las que se diferencian de la **Instrumental**(Tabla 3.34)

Tabla 3.34:Correlación Categorías de Apoyo

	Categoría Emocional	Categoría . Informativa
Categoría Informativa	.33**	
Categoría Instrumental	.20*	.27**

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; N =131

Analizamos las relaciones entre las diferentes acciones y categorías de apoyo con los Proveedores y Satisfacción media de las diferentes Redes. El objetivo era establecer si la frecuencia de determinadas acciones o categorías de apoyo está en función de determinados Proveedores o producen mayor satisfacción con el apoyo. Los resultados mostraron que la acción de apoyo **Animar** se relacionaba con un mayor número de **Proveedores Reales**, así como con los de la **Red Nuclear** y **Social**. Por su parte, los pacientes con mayor número de **Proveedores Reales** perciben más apoyo **Emocional**. (ver Tabla 3.35)

Tabla 3.35:Correlación Proveedores, Satisfacción Media y Acciones o C. de Apoyo

	Animar	Visitar	Distraer	Escuchar	C. Emocional
Total Proveedores	.20*	.29**			.29**
Total No en la Red			-.23**		
Proveedores Red Nuclear	.24**				
Proveedores Red Social	.20*				.20*
Satisfacción Red Social				.21*	

*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; N =131

DIFERENCIAS DE LAS DIMENSIONES Y VARIABLES DE APOYO SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En cuánto al **sexo** no encontramos diferencias significativas ni con el total de Proveedores Reales o de No Proveedores ni con respecto de las Redes de Proveedores. Tampoco hubo diferencias en cuanto a la Satisfacción Media total o de las diferentes Redes, ni en cuanto a las categorías de Apoyo. Sin embargo, las mujeres (N=89) frente a los hombres (N=41) tenían un mayor número de personas **No disponibles en la Red** ($Z=-2.08$; $p=.038$). También las mujeres (N=90) perciben en mayor medida formas de apoyo como **Animar** ($Z=-1.96$; $p=.05$) o **Distraer** ($Z=-2.35$; $p=.02$) que los hombres (N=41). (Ver Tabla 3.36)

Tabla 3.36. Diferencias en Dimensiones y Variables de Apoyo según Sexo

	Hombre (N=41)	Mujer (N=90)	
	Rango Medio	Rango Medio	Z (p)
Total No en Red	55.72	70.01	-2.08*
Animar	56.51	70.32	-1.96*
Distraer	57.30	69.96	-2.35*

En el caso de **estar casado o vivir en pareja**, frente al grupo de quiénes estaban solteros, viudos o divorciados encontramos diferencias significativas respecto del total de proveedores y total de personas que no estaban en la red, así como respecto de acciones de apoyo como **Animar** y **Hacer Tareas** y la categoría **Informativa** (Ver tabla 3.36)

Tabla 3.36: Análisis de Diferencias según Estado Civil

	Casado o Pareja (N=103)	No Pareja (N=28)	
	Rango Medio	Rango Medio	Z (p)
Total Proveedores	69.96	48.50	-2.68**
Total No Red	60.23	85.59	-3.22***
Animar	70.20	50.54	-2.47**
Hacer Tareas	70.83	48.21	-2.97**
Categoría. Informativa	69.92	51.59	-2.29*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Por su parte, en cuanto al **nivel educativo** no hubieron diferencias significativas entre los grupos de niveles más bajos (Iletrados, Leer y Escribir y estudios Primarios) frente a los de nivel educativo más elevado (B.U.P; F.P. o similar y Titulados Medios o Universitarios) en ninguna de las dimensiones o variables de apoyo. En el caso de los diferentes grupos de **edad**, los pacientes mayores de 68 años tienen mayor número de personas que **No disponibles en la Red** ($\chi^2=34.92$ $p=.000$), pero están más satisfechos con el apoyo de la **Red nuclear**. Por su parte, los grupos de pacientes menores de 45 años tienen mayor número de proveedores de la **Red Nuclear y Familiar**. (Ver tabla 3.37)

Tabla 3.37.: Diferencias en Dimensiones de Apoyo según Grupos de Edad

	≤ 45 años	46-56 años	57-67 años	≥68 años	
	Rango Medio (N=29)	Rango Medio (N=35)	Rango Medio (N=51)	Rango Medio (N=16)	χ^2 (p)
Total No Red	41.07 (29)	53.46 (35)	77.86 (50)	97.50 (16)	34.92***
Prov. Red Nuclear	57.34 (29)	80.00 (35)	60.60 (49)	59.53 (16)	10.95**
Prov. Familiar	89.91 (29)	76.14 (35)	48.21 (49)	46.88 (16)	38.09***
Satisfac. Nuclear	63.33 (26)	61.69 (35)	52.00 (44)	74.75 (14)	7.73*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

VARIABLES CLINICAS

Hemos analizado las diferencias de las variables y dimensiones de apoyo social según **diagnóstico**, **estadío**, **pronóstico**, estar **ingresado**, recibir **quimioterapia** y **tiempo desde el diagnóstico** menor o igual a un año frente a los de más de un año.

Para el análisis de diferencias según **diagnóstico** se comparó el grupo de cáncer de mama (N=71), frente a los de pulmón y otras patologías neoplásicas (N=51). Los resultados mostraron que los pacientes diagnosticados de pulmón y otras patologías contaban con mayor número de **Proveedores** de la **Red Nuclear**. Mientras que, las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama percibían mayor número de acciones de apoyo como **Animar** y **Distraer**, así como **Informativo** e **Instrumental** referente a las diferentes categorías de apoyo.

En cuánto al **pronóstico** el grupo de pacientes cuyo pronóstico era de “Potencialmente Curable” percibían más apoyo **Informativo** e **Instrumental** frente a los de peor pronóstico (Ver Tabla 3.38).

Tabla 3.38 Análisis de Diferencias según Diagnóstico, Pronóstico.

DIAGNOSTICO	MAMA	PULMÓN Y OTROS	
	Rango Medio (N=77)	Rango Medio (N=51)	Z(p)
Proveedores Red Nuclear	58.58	70.98	-2.19*
Anima	70.64	55.23	-2.34*
Distrae	70.21	55.88	-2.85**
Categoría Informativa	70.51	55.42	-2.28*
Categoría Instrumental	70.47	55.49	-2.34*
PRONOSTICO	1	2	
	Rango Medio (N=65)	Rango Medio (N=23)	Z(p)
Categoría Informativa	65.20	52.51	-2.03 *
Categoría Instrumental	66.64	50.75	-2.63**
Animar	65.23	52.47	-2.05*
Distraer	65.45	52.21	-2.85**
Ofrecerse	62.95	55.26	-1.99*
Tareas	64.72	53.10	-1.95*

1: Potencialmente Curable; 2: Supervivencia Prolongable con Tratamiento Antitumoral o no prolongable.Tto Paliativo

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

En cuánto al **Estadío** hubieron diferencias significativas respecto de la **satisfacción** media con la **Red Social** ($\chi^2=9.90$; $p=.05$) y la acción de apoyo “**Distraer**” ($\chi^2=7.68$; $p=.05$) siendo el grupo de estadío inicial el que alcanzaba las puntuaciones más elevadas en ambas variables. 3.39).

Tabla 3.39. Diferencias según Estadío

	Rango Medio N=14	Rango Medio N=40	Rango Medio N=22	Rango Medio N=31	χ^2
SAT. RED SOCIAL	63.77	42.90	35.05	48.09	9.9*
DISTRAER	67.07	58.47	47.89	49.95	7.7*

En cuanto al **ingreso**, los pacientes ingresados percibían en mayor medida como proveedores a los Profesionales y menos acciones como **Distraer**, **Escuchar Animar**, **Tareas** o la categoría de apoyo **Instrumental**.

Los pacientes recibiendo tratamiento de **quimioterapia** percibían más apoyo **Informativo** e **Instrumental**. Finalmente, el grupo de **diagnóstico** menor de un año percibía más proveedores de la **Red familiar** y **Nuclear** y mayor satisfacción con el apoyo de la **Red Nuclear**, así como menores acciones de apoyo de **Informar** o **Distraer** y más acciones de **Acompañar** (Ver tabla 3.40)

Tabla 3.40.: Análisis Diferencias: Ingreso, Tratamiento, Tiempo desde Diagnóstico

	Rango Medio	Rango Medio	Z (p)
INGRESO	SI (N=40)	NO (N=86)	
Proveedores Red Profesional	70.13	54.25	-2.75**
Categoría Instrumental	47.27	71.06	-3.56***
Escuchar	55.96	67.01	-2.05*
Animar	54.13	67.86	-2.00*
Distraer	55.72	67.12	-2.19*
Tareas	48.92	70.28	-3.24***
QUIMIOTERAPIA	SI (N=62)	NO (N=65)	
Proveedores Red Profesional	51.98	66.29	-2.63**
Categoría Instrumental	74.46	54.02	-3.27***
Categoría Informativa	70.85	57.46	-2.07*
Escuchar	69.06	59.17	-1.95*
Tareas	72.23	56.15	-2.61**
TIEMPO DIAGNOSTICO	≤ 1 año	>1 año	
Proveedores Red Nuclear	66.12	51.63	-2.28*
Proveedores Red Familiar	65.96	52.13	-2.09*
Satisfacción Red Nuclear	60.11	48.22	-1.93*
Categoría Informativa	59.85	74.86	-1.98*
Informa	60.19	73.63	-2.46**
Acompaña	67.93	49.92	-2.64**
Distrae	59.05	77.15	-3.18***

*p≤ .05; **p≤.01; ***p≤.001

3.2.2. APOYO SOCIAL, PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD Y AFRONTAMIENTO.

En este apartado se mostrarán las relaciones entre apoyo social, percepción de enfermedad y afrontamiento. En primer lugar, analizamos las correlaciones entre dichas variables como criterio previo para ser introducidas en el análisis de Regresión por pasos sucesivos (STEPWISE). Sólo aquellas que mostraron relaciones significativas con la variable dependiente fueron introducidas en el análisis de Regresión. El resumen de los

índices de correlación obtenidos entre las distintas variables se presenta al final de este capítulo.

A nivel empírico mantendremos las propuestas teóricas sobre estas variables en los análisis predictivos. Es decir, en primer lugar presentaremos la predicción de las variables de apoyo social sobre la percepción de estrés y sobre el afrontamiento. En segundo lugar, para aquellas variables de afrontamiento que mantenían relaciones comunes tanto con variables de apoyo social como de percepción de estrés, llevaremos a cabo un nuevo análisis de regresión que nos permita determinar cuál o cuáles de ellas (percepción de estrés y variables de apoyo) explican mejor la variable de afrontamiento, siendo todas ellas incluidas como predictoras.

Finalmente, mostraremos en qué medida las variables de percepción de estrés, que no han mostrado relaciones con las variables de apoyo, predicen determinadas formas de afrontamiento. En todos los análisis de regresión las variables clínicas y sociodemográficas fueron introducidas en un primer paso con el objetivo de controlar tanto el efecto diferencial que habían demostrado sobre determinadas variables de apoyo, así como el efecto sobre las variables criterio.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN: APOYO SOCIAL Y PERCEPCIÓN DE ESTRÉS; APOYO SOCIAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Como acción de apoyo, **Ofrecerse** predijo en sentido negativo el total de estrés percibido por la enfermedad ($F=4.07$. $p \leq .05$). Un peor pronóstico predijo la amenaza percibida por la enfermedad con un 12% de la varianza explicada. Estar **ingresado** y la acción de **Visitar** predijeron un mayor control percibido sobre la enfermedad.

En cuánto a las estrategias de afrontamiento, ser mujer, estar en estadio más avanzado, la **Satisfacción media** con el apoyo, y el percibir ayuda **económica** predijeron la Religiosidad con un total de un 29.8% de la varianza explicada. Ser hombre predijo la estrategia de Autoculpación y la Autoculpación-Escape. Los pacientes más jóvenes utilizaban más la estrategias de Búsqueda de Apoyo social ($F=18.99$; $p \leq .001$).

Informar y la **satisfacción** de la **Red Nuclear** predijeron en sentido negativo la Resignación y la Culpabilización de Otros respectivamente. Por su parte, la **satisfacción** con la **Red Social** predijo mayor Expresión Emocional ($F=8.38$; $p\leq.001$). El mayor número de **proveedores** de la **Red Social** junto con el no ingreso predijeron la Contabilización de Ventajas con un total de varianza explicada de 18.8%. Finalmente, también el no ingreso predijo la combinación de dos estrategias la Contabilización de Ventajas y los Pensamientos Positivos ($F=7.71$; $p\leq.01$). (Ver Tabla 3.41)

Tabla 3.41: A. Regresión Apoyo Social: Percepción de Enfermedad y Afrontamiento

CRITERIO	PREDICTORES	R2	CAMBIO R2	Fc	B	F
PERCEPCION ESTRÉS	<i>OFRECERSE</i>	.066	.066	4.07*	-.256	4.07*
F1 ESTRÉS: AMENAZA	<i>PRONOSTICO</i>	.121	.121	8.92**	.347	8.92**
F3 ESTRÉS: CONTROL (1)	<i>NO INGRESADO</i>	.065	.065	4.77*	.248	4.77*
	<i>VISITA</i>	.158	.093	7.49**	-.305	6.36**
RELIGIOSIDAD	<i>SEXO (MUJER)</i>	.092	.092	7.06*	.359	7.06**
	<i>EST. AVANZADO</i>	.158	.067	5.47*	.225	6.49**
	<i>SATISFACCIÓN AS</i>	.254	.095	8.69**	.305	7.70***
	<i>ECONÓMICO</i>	.298	.044	4.22*	.212	7.12***
BÚSQUEDA DE APOYO	<i>EDAD</i>	.209	.209	18.99***	-4.57	18.99***
AUTOCULPACION	<i>SEXO (HOMBRE)</i>	.097	.097	6.66**	-.311	6.66**
RESIGNACION	<i>INFORMA</i>	.097	.097	7.31**	-.311	7.31**
CONTABILIZAR VENTAJAS	<i>NO INGRESADO</i>	.113	.113	8.92**	.329	8.92**
	<i>PROV. SOCIAL</i>	.188	.075	6.41**	.275	8.01***
CULPABILIZACION OTROS	<i>SATIS. NUCLEAR</i>	.173	.173	12.73***	-.416	12.73***
EXPRESIÓN EMOCIONAL	<i>SATIS. SOCIAL</i>	.123	.123	8.38**	.350	8.38**
F4:AUTOCULPA –ESCAPE	<i>SEXO (HOMBRE)</i>	.066	.066	4.13*	-.258	4.13*
F3: PENSAPOS-CONTAVEN	<i>NO INGRESADO</i>	.116	.116	7.71**	.340	7.71**

(1) puntuaciones más elevadas indican menor control. * $p\leq .05$; ** $p\leq .01$; *** $p\leq .001$

ANÁLISIS DE REGRESIÓN: APOYO SOCIAL, PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Dos estrategias (Contabilización de Ventajas y Autoculpación) y dos dimensiones de Afrontamiento (Pensamientos Positivos-Contabilización de Ventajas y Autoculpación-Escape) estuvieron relacionadas tanto con diferentes variables de apoyo social como con variables de percepción de estrés por la enfermedad, aunque éstas entre sí, no mostraron relaciones. Con el objetivo de determinar cuál o cuáles de ellas predicen mejor dichas

estrategias de afrontamiento llevamos a cabo un análisis de regresión incluyendo ambas variables. Introdujimos primero las variables sociodemográficas y clínicas, después las variables de apoyo social y finalmente las de percepción de enfermedad.

La dimensión de **Pensamientos Positivos-Contabilización de Ventajas** es predicha únicamente por el no ingreso. Así ni las variables de apoyo social ni las de percepción de estrés explicaron ésta dimensión. En el caso de **Autoculpación-Escape**, se mantuvo como predictor el ser hombre, pero además, el nivel educativo más bajo también predijo esta dimensión. El nivel educativo apareció como predictor cuando se introdujo la variable de percepción de control por la enfermedad, pues mostraba relaciones con esta dimensión.

Por su parte, respecto de la estrategia de **Autoculpación** además del sexo (ser hombre) como predictor, se sumaron los niveles educativos más bajos, y el grado de amenaza percibido, esta última añadió un 6% a la varianza explicada.

Finalmente, respecto de la estrategia de **Contabilización de Ventajas** al introducir el total de estrés percibido por la enfermedad y la percepción de duración de la misma, el número de proveedores de la red social dejó de ser predictora. Esta estrategia fue predicha, entonces, por el no ingreso, la acción de visitar en sentido positivo y la percepción de estrés en negativo, que añadieron un 9,2%, y un 6.1% , respectivamente a la varianza explicada. (Ver Tabla 3.42)

Tabla 3.42: Análisis Predictivo del Apoyo Social y Percepción Estrés Enfermedad

CRITERIO	PREDICTORES	R2	CAMBIO R2	Fc	B	F
AUTOCULPACION	HOMBRE	.115	.115	7.00**	-.335	7.00**
	NIV. EDUCATIVO	.186	.071	4.64*	-.293	6.05**
	AMENAZA	.246	.060	4.12*	.255	5.65**
CONTABILIZAR VENTAJAS	NO INGRESADO	.095	.095	6.12**	.300	6.12*
	VISITA	.188	.092	6.49**	.281	6.59**
	ESTRÉS TOTAL	.248	.061	4.53*	-.248	6.17***
F4:AUTOCULPA –ESCAPE	HOMBRE	.086	.086	5.08*	-.370	5.07*
	NIVEL EDUCATIVO	.158	.072	4.52*	-.279	4.97**
F3: PENSAPOS-CONTAVERN	NO INGRESADO	.157	.157	9.15	.397	9.15**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

ANÁLISIS DE REGRESIÓN: PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En este apartado se presentará el análisis de regresión de la percepción de estrés por la enfermedad sobre las diferentes estrategias de afrontamiento basándonos en las relaciones únicas que han aparecido entre ellas. Es decir, ninguna de las dimensiones de percepción de enfermedad ni estrategias que aquí se analizan mostraron relaciones con las variables de apoyo. Introdujimos en primer lugar, las variables sociodemográficas y clínicas, seguidas de las variables de percepción de estrés por la enfermedad. (Ver tabla 3.43)

Tabla 3.43: Análisis Predictivo de Percepción Estrés Enfermedad y Afrontamiento

CRITERIO	PREDICTORES	R2	CAMBIO R2	Fc	B	F
PENSAMIENTOS POSITIVOS	NO INGRESADO	.120	.120	6.66	.346	6.66**
PENSAMIENTOS DE DESEO	EDAD	.078	.078	4.76*	-.232	4.76*
	AMENAZA	.229	.151	10.75**	.391	8.17***
BUSQUEDA DE SOLUCIONES	EDAD	.087	.087	5.83*	-.309	5.83*
	CONTROL (1)	.174	.087	6.32*	-.295	6.33**
F2:PENSDES-RELIG-CULPOT-RESIG	AMENAZA	.198	.198	12.61***	.445	12.61***

(1) puntuaciones más elevadas indican menor control. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El no estar ingresado predijo la estrategia de **Pensamientos Positivos** ($F=6.66$ $p \leq .01$). Otra estrategia activa pero más comportamental como la **Búsqueda de Soluciones** fue predicha por la edad en negativo y la mayor percepción de control sobre la enfermedad explicando un total de 22.9% de la varianza. Por su parte, los **Pensamientos de Deseo** fue predicha por la edad en sentido negativo y por la amenaza percibida por la enfermedad en positivo, añadiendo esta última un 15% a la varianza explicada. La amenaza predijo la dimensión de **Pensamientos de Deseo, Religiosidad, Culpa y Resignación**. (Ver Tabla 3.43)

3.2.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN: APOYO SOCIAL, PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD, AFRONTAMIENTO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y ESTADO DE SALUD

Sólo el total de proveedores No disponibles en la red, los Proveedores de la Red Nuclear y Familiar se relacionaron con la **Ansiedad**. Ninguna variable de apoyo social mostró relaciones significativas con la Depresión o Estado de Salud Física y Global.

En éste apartado presentaremos en primer lugar, el análisis de regresión de aquellas variables de percepción de estrés por la enfermedad y afrontamiento que mostraron relaciones con el Estado de Salud Física. En segundo, lugar llevaremos a cabo el análisis de Regresión sobre la Ansiedad y la Depresión incluyendo aquellas variables de apoyo social, percepción de la enfermedad, Afrontamiento, y Estado de Salud Física que demostraron relaciones significativas con las respuestas emocionales evaluadas.

Finalmente, el último análisis tiene como objetivo determinar en qué medida las variables de percepción de estrés, afrontamiento, Estado de Salud Física y Ansiedad y Depresión que estuvieron relacionadas con el Estado Global de Salud la predicen. En todos los análisis de Regresión incluyeron en un primer paso las variables clínicas y sociodemográficas. Además para cada variable dependiente analizada, las variables independientes que previamente mostraron relaciones significativas fueron introduciéndose por bloques en este orden: las de apoyo social, las variables de percepción de estrés y afrontamiento, las de Estado de Salud Físico, y las variables Emocionales. Considerándose como última variable resultado el Estado Global de Salud.

ANALISIS DE REGRSION DEL ESTADO DE SALUD FISICO

Introdujimos en primer lugar, las variables sociodemográficas y clínicas, seguidas de las de percepción de estrés y afrontamiento para predecir la **Salud Física**. Consideramos que la percepción de estrés por la enfermedad y las formas de afrontamiento influyen en la percepción del Estado de Salud Físico y ésta modula los niveles de Ansiedad y Depresión.

El Estado de Salud Física percibida fue predicho por el no estar ingresado explicando un total del 17.4% de la varianza (Ver tabla 3.44)

Tabla 3.44: Análisis Predictivo: Estado de Salud Física y Ansiedad y Depresión.

CRITERIO	PREDICTORES	R2	CAMBIO R2	Fc	B	F
SALUD FISICA	NO INGRESADO	.174	.174	9.59**	.415	9.59**

ANALISIS REGRESION : ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La **Ansiedad** fue predicha por una mayor amenaza percibida por la enfermedad (F: 18.71; $p \leq .001$) explicando un 32.4% de su varianza. Ninguna de las variables de apoyo predijo la Ansiedad. La **Depresión** fue predicha por un peor estado de salud física percibida, menor frecuencia de Pensamientos Positivos, y mayor frecuencia de la dimensión de Pensamientos de Deseo, Religiosidad, Resignación y Culpación de Otros. (Ver Tabla 3.45.)

Tabla 3. 45: Análisis Predictivo: Ansiedad y Depresión.

CRITERIO	PREDICTORES	R2	CAMBIO R2	Fc	B	F
ANSIEDAD	AMENAZA	.324	.324	18.71	.569	18.71***
DEPRESION	F2:PENSDES-RELIG-CULPOT-RESIG	.135	.135	5.45*	.294	5.46*
	PENSAMIENTOS POSITIVOS	.255	.120	5.46*	-.224	5.81**
	ESTADO DE SALUD FISICA	.436	.181	10.60**	-.447	8.50***

*** $p \leq .001$

ANALISIS PREDICTIVO DEL ESTADO DE SALUD GLOBAL.

El estado de Salud Global fue predicho por la amenaza percibida por la enfermedad y la depresión, ambas variables en sentido negativo explicando un total del 16.8 % de la varianza.(Ver tabla 3.46.) Ni la Ansiedad, ni el Estado de Salud Física fueron variables predictoras del resultado Global de Salud Percibida.

Tabla 3.46.: Análisis Predictivo del Estado de Salud Global.

CRITERIO	PREDICTORES	R ₂	CAMBIO R ₂	F _c	B	F
ESTADO DE SALUD GLOBAL	AMENAZA	.096	.096	5.22	-.168*	5.22*
	DEPRESION	.168	.072	4.14	-.303*	4.85**



A modo de resumen:

- Las variables **sociodemográficas** y **clínicas** así como las de **apoyo** social aparecen en mayor medida como predictoras de la **percepción de enfermedad** como estresante y diferentes formas de **afrontamiento**.
- La **percepción de la enfermedad** predijo diferentes formas de **afrontamiento**: Autoculpación, Contabilización de Ventajas, Búsqueda de Soluciones y Pensamientos de Deseo, así como la dimensión que incluye a ésta última junto con la Religiosidad, Culpabilización de Otros y Resignación.
- El **no ingreso** predijo mejor **Estado de Salud Física** percibida
- La percepción de amenaza por la enfermedad predijo la **Ansiedad** en sentido positivo
- La **Depresión** fue predicha por pero **estado de salud física** percibida, menor uso de los **Pensamientos Positivos** y mayor uso de la dimensión de **Pensamientos de Deseo Religiosidad, Culpabilización de Otros y Resignación**.
- El Estado de **Salud Global** lo predijo un menor grado de Amenaza percibida y menores niveles de Depresión.

En el diagrama 7 se presenta un resumen de los resultados obtenidos en los análisis de Regresión.

DISCUSIÓN



Organizaremos el contenido de este capítulo en tres apartados:

En el primero de ellos, consideraremos los resultados del apoyo social en cuanto a estabilidad, estructura de redes y categorías de apoyo, y relaciones del apoyo social con el contexto familiar, sinceridad, e informes de familiares y profesionales. Este apartado se corresponde con los objetivos específicos 2-8 y las hipótesis 1-7

En el segundo, se comentarán los resultados del estudio conceptual y las dimensiones de apoyo así como los resultados descriptivos y de diferencias respecto de variables sociodemográficas y clínicas. Este apartado se corresponde con los objetivos 1, 9 y 10, y con las hipótesis 8-11

Finalmente, la discusión se centrará en los resultados de la escala atendiendo a su relación con las variables de salud estudiadas. Este último apartado se corresponde con los objetivos específicos 11 y 12, y la última de las hipótesis formuladas.

4.1. ESTABILIDAD, ESTRUCTURA Y RELACIONES DE LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL.

ESTABILIDAD DE LAS DIMENSIONES APOYO SOCIAL

El apoyo social es entendido por muchos autores como un proceso dinámico e interactivo que se demuestra a través de la provisión y percepción de las acciones de apoyo. Este proceso se da en un contexto específico y en relación a otras variables implicadas (relaciones familiares, presencia de un estresor y cronicidad o duración). Así, por ejemplo, puede ocurrir que la presencia de un estresor durante largos periodos, como una enfermedad crónica, desgaste o deterioro a quienes proveen de apoyo al paciente Barrerra, (1986). Pero cuando el apoyo social ha sido evaluado en dos momentos, tanto en población sana o enferma, y durante periodos relativamente cortos se ha comprobado que las dimensiones de apoyo se mantienen relativamente estables (Henderson et al.,

1980; Barrera et al., 1980,1981; MacFarlane, 1981; Norbeck et al, 1983; Sarason et al, 1983; Courneya y MacCuley, 1995; Veiel, 1990; Vázquez-Morejón y García Bóveda, 1997). En particular, Bottomley (1995) encontró puntuaciones muy elevadas de la estabilidad del apoyo con un grupo de pacientes de cáncer que fueron evaluados en dos ocasiones durante un intervalo de tiempo de un mes.

En nuestro estudio hemos evaluado el apoyo social del grupo de pacientes estudiado en dos momentos y con un intervalo de tiempo entre 15 días y un mes. Los resultados del test-retest mostraron índices de correlación moderados en el caso de la **satisfacción media** con el apoyo y altos con los **proveedores reales y no proveedores**. Los índices de correlación de aquellos que **no estaban en la red** han sido los más elevados. En ningún caso se muestran diferencias significativas de estas variables al comparar las dos evaluaciones del apoyo. Comprobamos además, que en el caso de la dimensión de proveedores (Reales, No proveedores, No disponibles en la Red) los que eran mencionados en una primera evaluación coincidían con los mencionados en un segundo momento. Se confirma así, la estabilidad de la dimensión de **Proveedores** y de las variables que incluye. La **satisfacción media** con el apoyo también mostró su estabilidad en términos globales, pues en este caso, no comprobamos el grado de satisfacción de cada proveedor, sino las puntuaciones medias. Sin embargo, la mayoría de acciones de apoyo no son estables en el tiempo. Sólo *Distraer, Visitar, Interesarse y Acompañar* muestran correlaciones entre bajas y moderadas. Además, acciones como *Ofrecerse o Interesarse* cambian en el tiempo y son más frecuentes un mes después, mientras *Otras* acciones de apoyo lo son en un primer momento.

Los resultados de nuestro trabajo muestran que mientras la variable proveedores parece ser más estable a través del tiempo, las diferentes acciones de apoyo son más variables. Una posible explicación es que las necesidades del paciente y las demandas de la enfermedad hayan cambiado en el tiempo, incluso en intervalos tan cortos como los evaluados en nuestro trabajo. En ese sentido, la frecuencia de diferentes acciones de apoyo también podría haber cambiado en un primer momento frente a la de otras acciones más frecuentes y diferentes en una segunda evaluación. Otra posible explicación es que un mismo proveedor proporciona un rango más o menos amplio de acciones de apoyo; la

mayor representatividad de unas u otras depende entonces, del recuerdo selectivo del paciente y de las que han sido más significativas en el último periodo de tiempo previo a la entrevista.

Por su parte, también es cierto que ante largos periodos de enfermedad pueden esperarse cambios en cuanto al apoyo. Así, otra posible explicación podría ser que los proveedores hayan disminuido la frecuencia de las acciones de apoyo que proveen debido al “deterioro” o “desgaste” emocional que en ellos produce la situación crónica de enfermedad del paciente. A pesar de ello, el paciente percibe igualmente quiénes son sus proveedores de apoyo reales y mantiene niveles de satisfacción relativamente estables. En este sentido, en un trabajo longitudinal se demostró que a pesar de la disminución de determinadas acciones de apoyo los niveles de satisfacción se mantenían constantes (Neuling y Winefield, 1988)

Podemos concluir que nuestros resultados en cuanto a la dimensión de **Proveedores y Satisfacción** del apoyo coinciden con los coeficientes de fiabilidad test-retest obtenidos por otros autores que evalúan el apoyo social con muestras de enfermos (Veiel., 1990; y Vázquez-Morejón y García Bóveda; 1997) y en particular con los presentados por Bottomley (1995) en una muestra de pacientes de cáncer. Por tanto, se confirma además, que la Escala de Apoyo Social Percibido (EASP) permite obtener índices de fiabilidad adecuados. Asimismo, los índices de solapamiento en el caso de los proveedores son muy elevados superando el 70% al igual que los obtenidos por Veiel (1990).

De modo que, respecto de nuestra **primera hipótesis** por la que esperábamos encontrar que *las dimensiones de apoyo evaluadas en dos momentos y en un corto periodo de tiempo, mostrarán elevados índices de relaciones positivas y significativas* se confirma en parte, pues obtenemos estos resultados con respecto a dos de las dimensiones de apoyo, pero no en el caso de las acciones de apoyo específicas.

ESTRUCTURA DE LAS DIMENSIONES DE APOYO: PROVEEDORES Y ACCIONES

En la literatura se propone que de los diferentes proveedores potenciales de apoyo, aquéllos más próximos o con quien se mantienen relaciones íntimas es más probable que provean apoyo y que éste sea más adecuado (Pearlin, 1985). Así, se presentan diferentes clasificaciones de los proveedores en función de redes que determinan el grado de cercanía de los miembros (Pattison, 1981, Lin, 1986; Gottlieb, 1981; Pearlin, 1985). Una mayoría de autores evalúa el apoyo diferenciando la red familiar frente a otras: social, amigos y compañeros entre otras (Procidano y Heller.,1983; Vaux et al.,1986; Vaux et al,1987; Veiel., 1990, Mestre et al., 1993., Eker and Akar., 1994; Vazquez-Morejón y Gracia Bóveda, 1997).

Un objetivo de nuestro estudio, ha sido confirmar las propuestas teóricas sobre la estructura de las Redes de Apoyo. Hemos analizado si los diferentes proveedores de apoyo se agrupaban conforme al grado de cercanía entre ellos y en relación al paciente. La solución factorial de la variable de **Proveedores Reales** de apoyo mostró cuatro agrupaciones en el sentido teórico esperado. Éstas se corresponden con la **Red Nuclear** de apoyo, formada por la pareja y los hijos, la **Red Familiar** que incluía a padres y hermanos, la **Red Social** de amigos, compañeros de trabajo y vecinos, y finalmente, la **Red Profesional** compuesta por médicos y enfermeras. Cada una de las redes estaba representada por los ítems de los proveedores mencionados que cargaban con puntuaciones superiores a .60. Un aspecto interesante de esta clasificación es la diferencia establecida entre los proveedores que forman parte de la **Red Nuclear** y el resto de proveedores de la **Red Familiar**. Este resultado subraya la importancia de evaluar el apoyo social diferenciando entre este tipo de proveedores frente a evaluaciones globales de la familia. En este sentido, otros autores (Vaux et al; 1986, 1987; Procidano y Heller;1983 entre otros) han obviado estas diferencias que pueden ser importantes en cuanto a la exactitud de los resultados de apoyo.

Para comprobar la agrupación de las **Acciones de Apoyo** en categorías, eliminamos el grupo de *Otras* porque estaba representada por una gran variedad de acciones desiguales. También la acción de *Interesarse* fue eliminada porque aparecía aislada

representado un solo factor. Dicha acción parecía funcionar más como una acción global y poco específica que no mostraba asociaciones importantes con el resto. Es probable que a partir de una multiplicidad de acciones de apoyo se perciba que los demás “se interesan por mi estado o mi problema”; pero frente a la percepción de acciones de apoyo más concretas, esta es mencionada con menor frecuencia. La solución factorial final mostró tres factores de categorías de apoyo, el **Emocional** incluye las acciones de *Visitar*, *Acompañar* y *Distraer*. La categoría **Instrumental** comprende las de *Ofrecerse*, *Hacer Tareas*, y *Económico*. Finalmente, la categoría **Informativa** incluye tanto acciones de *Informar* y *Aconsejar* como *Escuchar* y *Animar*. Todas las acciones de apoyo mostraron saturaciones en cada categoría superiores a .43.

Con respecto a la categoría de apoyo **Informativo** la inclusión de acciones como *Escuchar* y *Animar* podría parecer, en cierto modo, poco apropiada. Además, estas dos acciones cargaban también en el factor emocional, aunque con índices inferiores a .40. Sin embargo, pensamos que en nuestro caso, el factor informativo está representado tanto por la información técnica o del profesional, como por los consejos y advertencias de otros proveedores de apoyo. En este sentido, la agrupación de estas cuatro acciones de apoyo reflejaba de un modo coherente la secuencia o pautas del proceso de informar, o de aconsejar: Escuchar, Aconsejar o Informar, y Animar. Esta agrupación de acciones de apoyo “mixta” en la categoría **Informativa** puede también estar representando un hecho real: la información no se da de forma aséptica o técnica; sino que va acompañada de acciones que permiten asimilar dicha información y a la vez percibir apoyo emocional. Por su parte, el factor **Emocional** está definido por acciones que van dirigidas precisamente a paliar o “normalizar” de algún modo el impacto emocional a través del “distanciamiento” de la situación de enfermedad.

A la hora de agrupar las diferentes acciones de apoyo, en la literatura abundan una gran diversidad de clasificaciones y definiciones de las acciones de apoyo: Feedback, Valorativo, Expresivo, Guía o Consejo, de Estima, de Respeto, de Confianza y Afecto, de Acompañamiento social, y Práctico entre otros (Prociano y Heller; 1983; Wills; 1985; Vaux et al ;1986; 1987; Stanfeld y Marmot; 1992; Winemiller; 1993; Bottomley; 1995 entre otros). Sin embargo, y a pesar de que otras definiciones de nuestras categorías podrían

representar mejor el contenido del factor (por ejemplo Acompañamiento social en el caso del factor Emocional), decidimos optar por las que han sido mencionadas mayoritariamente en la literatura sobre las diferentes formas de apoyo (Bloom, 1982; House y Khan, 1985; Tardy, 1985; Wills, 1985 ; Diaz Veiga, 1987; Lemos Giraldez y Fernández-Hermida, 1990; Cutrona y Russel, 1990; Winemiller et al, 1993; Krishnasamy, 1996 Barrón, 1996).

Por tanto, con respecto a nuestra **segunda hipótesis** por la que esperábamos encontrar *que las redes de proveedores de apoyo estuvieran definidas por la familia, otros proveedores del entorno social, y finalmente, los profesionales*, los resultados **confirman** esta estructura de Redes. Pero además, señalan la diferencia entre proveedores de apoyo de la Red nuclear y otros familiares.

En el caso de nuestra **tercera hipótesis**, por la que esperábamos encontrar *agrupaciones de las categorías Informativa, Emocional e Instrumental*, nuestros resultados la **confirman**.

RELACIONES DE LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL CON EL CLIMA FAMILIAR Y LA SINCERIDAD.

Una de las variables que determina la percepción de apoyo es la calidad de la relación entre el receptor y el proveedor. Cutrona y Shur, (1994) demuestran que el número de acciones de apoyo que eran percibidas dependía de la satisfacción marital. Otros autores presentan resultados acerca de cómo los índices de cohesión se relacionan con una mayor percepción de apoyo y los de conflicto con menor percepción (Vaux et al.,1987; Vaux, 1987; Courneya y McAuley, 1995). En la literatura, las variables de clima familiar (Expresión, Cohesión y Conflicto) y de Sinceridad, o en otros términos de Deseabilidad Social, han sido evaluadas también con el objetivo de contrastar los resultados de validez convergente y discriminante de las medidas de apoyo social (Henderson et al., 1980; McFarlane et al., 1981; Procidano y Heller, 1983; Norbeck et al., 1983; Sarason et al., 1983; Vaux et al., 1986, 1987; Revenson et al., 1991) Por esta razón en dos de nuestros objetivos específicos (5,6) planteábamos estudiar tanto las relaciones del Clima Social,

como las de la Sinceridad con las dimensiones de apoyo social. De este modo, además de comprobar las propuestas teóricas que fundamentan la validez convergente de la escala, podíamos comprobar también su validez divergente.

Para el análisis de las relaciones con clima familiar utilizamos sólo la red nuclear y familiar. Los resultados muestran relaciones coherentes de las diferentes variables de apoyo de la escala con el constructo de clima familiar. Cuando la pareja e hijos, hermanos y padres eran mencionados como **no Proveedores** se reflejaba un menor grado de **Cohesión** entre los miembros de la familia. Por otro lado, los pacientes que mostraban mayor **Satisfacción** con el apoyo de la pareja e hijos también mostraban mayor **Cohesión**. Además, la posibilidad de contar con la pareja e hijos, y con los padres y hermanos como **Proveedores Reales** permitía mayor **Expresión** emocional y en sentido contrario, cuando la pareja y los hijos eran **no Proveedores** se daba menor posibilidad de **Expresión** y más **Conflicto** familiar. Estos resultados coinciden con los de Vaux et al (1986, 1987) quien utilizando las mismas variables para establecer la validez de su escala, mostró que el apoyo familiar se relacionaba positiva y significativamente con cohesión y en negativo con conflicto familiar.

De las acciones de apoyo, la de *Acompañar* percibida de padres y hermanos estuvo relacionada con menor **Expresión** emocional. Es probable que, precisamente en el caso de otros familiares que no forman parte de la Red Nuclear la expresión emocional en cierto sentido, se evite o no sea tan fluida. Muchos pacientes por ejemplo, comentaban que respecto de su enfermedad preferían no comentarlo con sus padres para evitarles preocupaciones. Este resultado podría indicar lo que en ocasiones ocurre acerca de la evitación de la comunicación en el contexto familiar cuando un miembro padece cáncer. A la falta de habilidad por parte del proveedor, el no saber cómo ayudar, o qué decir ante una enfermedad como el cáncer, junto con un menor grado de intimidad o cercanía con el paciente dificultan, aún más, la ventilación emocional y la expresión abierta de los miedos o preocupaciones.

Los índices de **Sinceridad** estaban relacionados con el total de **No Proveedores** y la acción de *Escuchar*. En el caso de la **satisfacción**, los pacientes más satisfechos con el

apoyo parecían ser menos sinceros. Dividiendo la muestra en dos grupos de alta y baja **Sinceridad**, encontramos que el grupo de baja sinceridad mostraba diferencias significativas en **satisfacción** respecto del grupo de alta sinceridad. Las correlaciones de ambos grupos por separado mostraron que sólo el de baja sinceridad mostraba correlaciones con la satisfacción.

Nuestro resultado acerca de las relaciones positivas con la Sinceridad, no es aislado, y coincide con los presentados por algunos autores en la revisión empírica de evaluación del apoyo (Procidano y Heller, 1983; McFarlane et al., 1981). Sin embargo, no coinciden con los de la mayoría de autores que justifican la validez de sus medidas de apoyo social a través de la ausencia de relaciones con estas variables (Henderson et al; 1980; Norbeck et al; 1983; Sarason et al; 1983; y Revenson et al; 1991). Una posible explicación puede deberse a las diferentes condiciones de evaluación del apoyo en nuestro estudio. Estos trabajos, excepto el de Revenson et al (1991), utilizan muestras de población sana y los instrumentos de apoyo son autoadministrados. Puede ser que un individuo sea más sincero informando del apoyo que recibe en situaciones cotidianas, y cuando no se enfrenta a un entrevistador. Pero, en una entrevista con un “desconocido”, y en situación de crisis importante, algunos pacientes pueden preferir dar una imagen de sentirse más satisfechos de lo que realmente están. En general, no es aceptable socialmente “desacreditar” a la familia y/o a otros, respondiendo que no le prestan el apoyo que necesita, y menos aún, en situaciones de crisis importantes; como es padecer cáncer. Pero además, otra explicación podría ser que, aunque al paciente se le aseguraba la confidencialidad, estuviera receloso acerca de la información que nos prestaba, sobre todo, porque a continuación se entrevistaba al familiar.

Todos estos elementos podrían explicar las relaciones encontradas entre satisfacción y sinceridad por parte del subgrupo de pacientes que puede haber distorsionado sus respuestas en cuanto a la satisfacción con el apoyo. En cualquier caso, un aspecto interesante sería poder contrastar estos resultados con escalas de apoyo que hayan sido validadas en muestras de enfermos oncológicos utilizando esta variable de comparación.

A pesar de este resultado, en nuestra opinión, el resto de resultados de validez y fiabilidad de la escala son positivos en términos generales, y este sesgo sólo nos alerta hacia un perfeccionamiento de la misma. Por ejemplo, mayor hincapié en la confidencialidad de los datos, reformular las instrucciones enfatizando la sinceridad, transmitir objetividad y el “no” juicio del entrevistador. También de alguna manera, facilitar la sinceridad, “trivializando” o quitándole importancia a que los familiares, por diversas razones (falta de habilidad o desconocimiento, preocupación ect), no actúen tal y como esperamos en estas situaciones. Además, también el remitir la entrevista del familiar a otra cita posterior y autoadministrar la escala, reforzarían en mayor medida las indicaciones sobre la privacidad de los datos. Sin embargo, la autoadministración de la escala en ocasiones es imposible. El nivel educativo del paciente y otras veces su estado físico dificultan la autoadministración.

De modo que, la **cuarta** de nuestras **hipótesis** respecto de las relaciones significativas de las dimensiones de apoyo social con expresión y cohesión en sentido positivo, y con conflicto en sentido negativo, se confirma **parcialmente**, en el caso de los Proveedores y la Satisfacción, pero no se demuestra en el caso de las acciones de apoyo.

En el caso de la **quinta hipótesis**, en la que se esperaban ausencia de relaciones de las dimensiones de apoyo con sinceridad, nuestros resultados **no** la confirman

GRADO DE ACUERDO PACIENTE, FAMILIARES Y PROFESIONALES

Algunos autores recomiendan respecto de la evaluación del apoyo social profundizar en cuánto a la percepción del mismo. Para ello, proponen comparar el apoyo que percibe quién es evaluado, con variables objetivas o por ejemplo, evaluar el apoyo que prestan los familiares (Dakof y Taylor; 1990; Sarason et al; 1994). En este sentido, en nuestro estudio comparamos la percepción del paciente con el informe del familiar acerca del apoyo que se presta al paciente. Otro tipo de comparaciones objetivas, como por ejemplo, la observación externa de un amplio rango de conductas de apoyo resulta muy complicado. En su defecto, decidimos registrar también otros aspectos más objetivos y sencillos de

realizar como la información del profesional y la del familiar sobre quién *Acompaña* y *Visita* al paciente.

En primer lugar, la información del **familiar** y del **paciente** acerca del total de **Proveedores Reales, No Proveedores** y miembros **No** disponibles en la **Red** estuvieron relacionadas significativamente siendo el índice de asociación más elevado el de ésta última. La información que sobre éstas variables nos dieron **paciente** y **familiar** no presentan diferencias significativas entre sí. Sin embargo, en el caso de la **satisfacción media** no hubo relaciones entre paciente y familiar y además, éstas se diferenciaban significativamente. Los pacientes informaban de niveles más elevados de satisfacción con el apoyo de la que creían sus familiares que éstos tenían. Del total de las acciones de apoyo, *Interés* y *Escuchar* mostraron relaciones significativas, mientras que *Animar* y *Otras* acciones eran percibidas significativamente con más frecuencia por el paciente respecto de la que decían sus familiares. Los índices de solapamiento confirman un mayor número de coincidencias de la dimensión de Proveedores frente a los de las Acciones de Apoyo.

En cuanto a las acciones de apoyo, el **familiar** informa de que los Amigos son quienes *Visitan*, al paciente con mayor frecuencia. En el caso de los amigos y respecto de la acción de “Visitar”, el índice de coincidencias fue el más elevado. Si atendemos a la valoración global de las coincidencias, tanto de *Visitar* como de no *Visitar*, los índices de coincidencias más elevados entre **familiar** y **paciente** se dieron en el caso de “Otros”, “Hijos”, “Padres” y “Hermanos”. Por su parte, el **profesional** informa que la acción de *Acompañar* la realiza con mayor frecuencia el “Esposo/a” seguido de los “Hijos”. También nos informa de un número de pacientes que acuden sólo/as a consulta. Así el índice de coincidencias respecto de la acción de *Acompañar* y en el caso del Esposo/a y los “Hijos” fue el más elevado. Globalmente y teniendo en cuenta tanto la acción de *Acompañar* o de no *Acompañar* el índice de coincidencias entre **paciente** y **profesional** fue más elevado en el caso Otros Amigos e Hijos.

Un dato curioso es que mientras el profesional informaba de 37 pacientes que eran acompañados por algún proveedor, esos pacientes no referían dicha acción de ninguno de

ellos. Una posible explicación es que el profesional refiere la acción de *Acompañar* únicamente a si el proveedor venía con el paciente a la consulta o al Hospital. Para los pacientes, el significado de ésta acción abarcaba un rango más amplio de conductas de apoyo e incluía otros aspectos de su vida diaria además de acompañarle a consultas (por ej: pasar tiempo con el paciente). En este sentido, esta diferencia en la interpretación de dicha acción podría explicar en parte el número de no coincidencias.

Por último, no podemos olvidar que la información sobre el apoyo por parte del familiar, profesional y paciente también es “percibida“. Es decir, las expectativas del familiar o profesional acerca de lo que sería adecuado respecto de la frecuencia y calidad de las acciones de apoyo, de quiénes son considerados como proveedores o no, y de lo que satisface el apoyo, influyen a la hora de informarnos sobre determinadas variables. De este modo, la percepción del paciente puede ser diferente de la del profesional o familiar. Así, mientras el paciente puede percibir a sus compañeros de trabajo como proveedores porque, por ejemplo: se interesan llamándole por teléfono; el familiar podría esperar que se preocuparan con más frecuencia o que le visitarán o incluso que no le llamaran para hablarle de trabajo y, en consecuencia, no considerarlos como proveedores. Igualmente, el profesional puede esperar que el familiar acompañe al paciente con una determinada frecuencia para mencionar dicha acción de apoyo (por ej: siempre o la mayoría de las veces). En el caso de que sus expectativas no se cumplan, y al paciente le acompañen alguna vez o pocas veces no mencionaría dicha acción de apoyo. El paciente, sin embargo, podría considerar que la frecuencia con que le acompaña su familiar es la adecuada, o incluso puede preferir acudir solo.

Por su parte, también el efecto recuerdo o la representatividad con la que unas acciones frente a otras son percibidas en relación a un proveedor, determinan la probabilidad con que son mencionadas, y esto igualmente puede diferir en el caso del paciente frente al familiar o profesional. A pesar de ello, contrastar la percepción de apoyo por parte del paciente frente a la de algún familiar o profesional, en nuestra opinión, es la única forma de obtener información en cierto modo “objetiva” frente a la imposibilidad de otras formas de evaluación, como la observación externa. En este sentido, el desarrollo de trabajos que permitan este tipo de comparaciones es, actualmente, un tema de interés en el área de

estudio del apoyo social (Wills et al, 1974; Dakof y Taylor, 1990; Cutrona y Shur, 1994). La necesidad de un mayor número de investigaciones de este tipo, es confirmar la influencia de los procesos de percepción en la recepción del apoyo, habiéndose comprobado en que grado la transferencia de los mismos ocurre y cómo se perciben.

Nuestro estudio muestra que, efectivamente, existe una transacción de esos recursos y acciones de apoyo por distintos proveedores y que éstos son afectados por la percepción del sujeto. En particular, la calidad de los mismos y las acciones específicas, parecen ser las dimensiones de apoyo sobre las que en mayor medida se refleja el efecto del apoyo percibido. Nuestros resultados coinciden con los de otro trabajo en el que el número de coincidencias respecto de las acciones de apoyo oscila en torno al 50 % indicando niveles moderados (Wills et al., 1974). Pero, en contra de los resultados de Cutrona y Shur (1994) sí hemos encontrado diferencias en cuanto a la satisfacción y en dos de las acciones de apoyo (*Animar y Otras*). Además el resto de acciones no presentan correlaciones significativas.

De modo que, respecto de nuestra **sexta hipótesis**, por la que esperábamos *que la percepción de apoyo del paciente se relacionará positiva y significativamente con el informe del familiar acerca de la provisión de apoyo y ausencia de diferencias significativas entre ellos*, se **confirma únicamente** respecto de la dimensión de Proveedores y no, respecto de la Satisfacción o de las acciones de apoyo.

En nuestra **hipótesis** número **siete** por la que esperábamos *índices de coincidencia moderados entre la provisión y percepción de las acciones de apoyo informadas por el paciente frente a las del familiar y profesional*, este resultado se **confirma**, indicando en nuestra opinión que esta dimensión de apoyo, también en cierta medida, está afectada por los procesos de percepción del sujeto a la vista de las diferencias encontradas en algunas de ellas.

2.DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL: DESCRIPCIÓN, RELACIONES Y DIFERENCIAS.

DESCRIPCION DE LAS DIMENSIONES Y VARIABLES DE APOYO SOCIAL

Un primer objetivo de nuestro trabajo ha sido comprobar la posibilidad de obtener información de la apoyo social funcional, y de las diferentes dimensiones que lo definen en un contexto específico: ámbito hospitalario y presencia de un acontecimiento estresante (padecer cáncer). En nuestro estudio, hemos obtenido información tanto de los **Proveedores Reales** como de los **No Proveedores** y de los que **No** estaban disponibles **en la Red** permitiendo describir tanto puntuaciones totales como por cada uno de los **Proveedores Potenciales** en la red. Además, y a la vista de los resultados de la estructura de los Proveedores Reales, obtuvimos información de la dimensión de Proveedores de cada una de las redes: **Red Profesional, Red Nuclear, Red Familiar y Red Social**

En ambas muestras la media del total de **Proveedores Reales** de apoyo se sitúa en torno a cinco. En nuestra primera muestra de estudio la frecuencia descrita de cada uno de los **Proveedores Reales** de apoyo mostró que la *pareja* e *hijos* seguido de los *profesionales* de la salud son mencionados con mayor frecuencia. Estos resultados coinciden con los de otros autores que presentan porcentajes similares en cuanto a la pareja y profesionales de la salud como proveedores de apoyo (Dakof y Taylor, 1990; Neuling y Winefield, 1988; Slevin et al., 1996). Los *amigos* y *hermanos* alcanzaban un lugar intermedio a la hora de ser mencionados como **Proveedores Reales**, y en último lugar fueron mencionados los *compañeros*, *padres* y *vecinos*. Éste último grupo, estando disponibles en la red, alcanzaba la mayor proporción como **No Proveedores**. Por un lado, en muchos casos los pacientes mencionaban que en cuanto a sus padres, compañeros o vecinos preferían no implicarlos o que supieran abiertamente su problema de enfermedad, bien porque no querían preocuparles o no querían que su enfermedad interfiriera en su trabajo, o bien porque no había una relación estrecha en el caso del vecindario. Siendo la población de estudio de una media de edad entre 58 y 60 años, encontramos que el número de proveedores **No** disponibles **en la Red** solían ser los *padres* y los *compañeros* de trabajo,

pues o bien habían fallecido o un alto porcentaje de sujetos estaban jubilados y no mantenían contacto con sus anteriores compañeros de trabajo. Estos resultados se confirman en nuestra segunda muestra donde los profesionales de la salud que componían la **Red Profesional**, y la pareja e hijos de la **Red nuclear** eran considerados con mayor frecuencia como **Proveedores Reales** de apoyo

En la literatura sobre evaluación del apoyo social, uno de los aspectos que ha recibido mayor interés ha sido considerar el grado de equilibrio entre las necesidades del receptor y la medida en que éstas son cubiertas, puesto que dicho equilibrio determina la adecuación del apoyo. Así, la adecuación del apoyo social se concreta en las medidas de la **satisfacción** del sujeto con el apoyo que recibe (Saranson, 1983; Tardy, 1985; Lemos Giraldez; 1990; Durá y Garcés; 1991; Winemiller et al, 1993; Barrón, 1996). Hemos recogido esta información acerca de la satisfacción con el apoyo de los **Proveedores Reales**, y en ambas muestras la media de satisfacción fue muy elevada.

En nuestra primera muestra de estudio describimos la **satisfacción media** por cada **Proveedor Real** y los índices más elevados se dieron en el caso de la *pareja* y los *hijos*, seguido de los *amigos* y *personal de salud*. Estos resultados se confirman en nuestra segunda muestra de estudio, donde la satisfacción media con la **Red Nuclear** fue significativamente más alta que con las demás (**Red Familiar y Profesional y Social**). Estos resultados coinciden con los encontrados en otros trabajos en cuanto a la importancia de la familia y la satisfacción con el apoyo que prestan (Neulingy Winefield, 1988; Pistrang et al., 1995; Walker et al., 1996; Mathieson, 1996; Broomfield et al., 1997; Silliman et al., 1998 y Budin, 1998).

En cuanto a las diferentes **Acciones de Apoyo** percibidas de cada Proveedor Real, los resultados de ambas muestras de estudio confirman que la acción de *Animar* es percibida con una frecuencia relativamente constante y elevada de los distintos Proveedores Reales. En particular, de la pareja y los hijos el paciente percibe con mayor frecuencia acciones como hacer *tareas* y *acompañar* seguidas de *Animar*. Los resultados del trabajo de Dakof y Taylor (1990) aportan resultados similares en cuanto a las formas de apoyo de

la esposa y la familia. Éstos prestaban con mayor frecuencia la “asistencia práctica” y la “compañía” como acciones de apoyo.

Con respecto a los hermanos, amigos y compañeros las acciones que son percibidas por el paciente con más frecuencia son *Interesarse* y *Visitar* seguidas de *Animar*. De los vecinos se percibían con mayor frecuencia acciones como *Interesarse* y *Ofrecerse*. Esta junto con la acción de *Acompañar* se perciben en mayor medida de los padres. Finalmente, los profesionales de la salud destacan por proveer de acciones tales como *Animar* por parte de enfermería e *Informar* en el caso de los médicos. Ésta última acción de apoyo exclusivamente fue percibida respecto del facultativo como proveedor, al igual que ocurría en el estudio de Dakof y Taylor; (1990).

Nuestros resultados acerca de las conductas que son percibidas como **Acciones de apoyo** por el paciente oncológico coinciden con las referidas en otros trabajos (Krhinasamy., 1996 y Dakof y Taylor, 1990). Los autores muestran que para los pacientes oncológicos son importantes acciones como “Escuchar”, “Animar”, “Acompañar” (presencia física o “estar ahí”), “Informar”, “Aconsejar” y “Distraer” entre otras. Por su parte y coincidiendo también con el trabajo de Dakof y Taylor (1990) hubo en general baja frecuencia en cuanto a *Otras* acciones de apoyo percibidas por los pacientes, y que no hubieran sido ya recogidas.

Cuando se han referido *Otras* acciones de apoyo, provenían sobre todo de la pareja e hijos o de los profesionales de la salud. En particular, y en el caso de la pareja e hijos se trataba de acciones como *ser paciente*, *dar amor y cariño*, o *seguir como si nada* hubiera pasado. Resulta curioso que sea percibida como acción de apoyo el que los proveedores actúen “como si nada hubiera pasado”. Es probable que el paciente perciba también como acción de apoyo, precisamente el no hablar abiertamente de la enfermedad, o el no abordar el tema directamente. O es posible que el enfermo valore que no se hayan producido cambios negativos en la relación o en el funcionamiento cotidiano. Así, el actuar tal y como era lo habitual antes de la enfermedad le permite distanciarse de la misma y mantenerse dentro de unos parámetros de “normalidad” controlados. Éste resultado corrobora la complejidad y la variedad de las conductas que son percibidas como

acciones de apoyo y el hecho de que sean percibidas como tales en función de las necesidades del paciente. Por su parte, otras acciones de apoyo mencionadas por los pacientes de nuestro estudio eran *atenderle bien* tanto por parte de enfermería como de facultativos. y respecto de los médicos, también el *controlar la enfermedad o ser amables*. Éstas últimas coinciden de nuevo, con las presentadas por Dakof y Taylor (1990) en su trabajo donde los pacientes oncológicos referían con mayor frecuencia acciones como ser “competentes en los cuidados médicos” o “ser amables y agradables” en el caso de los profesionales de la salud. Así, las acciones de apoyo percibidas son coherentes con la estructura de roles de los proveedores de dichas acciones. Estos resultados subrayan además, las características contextuales del constructo de apoyo. Según éstas, determinadas acciones son valoradas en función del proveedor que las presta y de las expectativas del receptor acerca del apoyo que espera de cada uno de ellos. En este contexto de la interacción de dar y percibir apoyo la adecuación del mismo es evaluada en términos de satisfacción. En este sentido, es de destacar que de los profesionales de la salud no se perciben (y podríamos decir no se esperan) únicamente acciones “técnicas”. Los pacientes son capaces de diferenciar y valorar lo “técnico” y lo personal en la provisión de apoyo de los profesionales, y no sólo de los facultativos sino también, del personal de enfermería.

En la segunda muestra analizamos tanto las **Acciones de Apoyo** específicas como las diferentes categorías de apoyo (**Intrumental**, **Informativo** y **Emocional**). En la actualidad, diferentes autores subrayan también la necesidad de considerar las acciones concretas de apoyo además de las categorizaciones globales (Dakof y Taylor., 1990; Mor et al., 1992; Burleson et al., 1994; Krhisnasamy; 1996b) Así por un lado, tan importante es profundizar en la especificidad del apoyo como estudiar categorías más globales de apoyo que permitan la comparación de resultados. Además en la literatura se viene subrayando la importancia del apoyo emocional, en términos generales y con especial relevancia en el caso de los pacientes de cáncer (House y Khan; 1985; Irwin y Kramer; 1988; Zemore y Shepel; 1989; Reynolds et al; 1994; Bloom; 1990; Eil et al ; 1992; Hegelson y Cohen ; 1996; Slevin et al., 1996; Vernon et al; 1997 Spiegel et al ;1997, Dunkel-Schetter; 1981 Dakof y Taylor; 1990; Krishnasamy et al; 1996 entre otros). Asimismo, uno de nuestros objetivos específicos fue determinar si las acciones específicas de carácter emocional y la categoría

de apoyo Emocional eran percibidas significativamente con mayor frecuencia que la Instrumental e Informativa.

Los resultados mostraron que la acción de *Animar* y al categoría de apoyo **Emocional** se relacionan con el total de **Proveedores Reales**, y en particular, con los de la **Red Nuclear** y **Social**. Por su parte, la acción de *Visitar* y la categoría de apoyo **Emocional** aparecieron relacionadas con el total de **Proveedores Reales**, y *Distraer* con la ausencia de los mismos. Finalmente, *Escuchar* se relacionó con la **satisfacción** de la **Red Social**.

Estos resultados muestran relaciones diferentes de **Acciones de Apoyo** con **Proveedores** o **Satisfacción**. De modo que, mientras acciones como *Animar* o *Distraer* no están relacionadas con la satisfacción general o de distintas redes, la acción de *Escuchar* si lo está con la satisfacción de la red social. Estos resultados podrían indicar que, la percepción de las acciones de apoyo es independientemente de la calidad de éstas. Probablemente, el paciente percibe la conducta bien intencionada de sus proveedores y en este sentido es considerada como una acción de apoyo. Pero la adecuación y la habilidad por parte del proveedor para proporcionar dicha acción de apoyo es la que determina la satisfacción con la misma. Sin embargo, lo más frecuente es precisamente sentir esa falta de habilidad para el manejo de situaciones difíciles que se suma además a la preocupación e impacto emocional por parte de familiares y amigos. De tal modo que, por ejemplo, ante la necesidad a su vez de ayudar o apoyar al enfermo, se asume que intentar animarle, ser optimista, minimizar el problema o hacer algo, puede ser lo más adecuado (Khrishnashamy; 1996).

Por tanto, a pesar de que dichas acciones son referidas como de apoyo, y son percibidas como tal, el grado de satisfacción con las mismas va a depender tanto de variables de cantidad y frecuencia del mismo como de variables contextuales. Es decir, de lo adecuado del momento, la calidad de la interacción, las necesidades del paciente y la habilidad del proveedor entre otras (Cutrona y Russell; 1990; Cutorna y Shur; 1992; Cit en Burleson et al; 1994, Cutrona y Shur; 1994). Frente a ellas, por ejemplo, las relaciones mostradas por la acción de *Escuchar* con la satisfacción podrían dar cuenta de que quizá frente a un paciente de cáncer en ocasiones dar apoyo no implica hacer algo o decir algo

necesariamente, sino permitir e incluso facilitar, simplemente la expresión sobre sus preocupaciones y su estado emocional cuando así lo deseen. En este sentido, cabe mencionar que por ejemplo, el hablar abiertamente de la enfermedad o la falta de esta acción de apoyo, no fueron mencionadas como acciones de apoyo o de no apoyo en otro estudio (Dakof y Taylor, 1990)

En cuanto a las categorías de apoyo, los resultados muestran diferencias significativas que indican que el apoyo **Informativo** y **Emocional** se perciben con mayor frecuencia que **Instrumental**. Una posible explicación es que en nuestra categoría de apoyo informativo se incluyen acciones como *Escuchar* y *Animar*. Éstas junto con *Informar* y *Aconsejar* podrían representar más bien un conjunto de conductas que representan lo que significa el proceso de dar información. Sentirse escuchado y percibir que le animan parecen estar íntimamente relacionadas con variables de información o consejo y los pacientes también perciben a partir de ellas funciones emocionales. Además, las categorías de apoyo **Instrumental**, **Emocional** e **Informativo** mostraron entre sí relaciones significativas, lo que podría indicar la multiplicidad de funciones que puede cumplir una acción de apoyo determinada (Barrón, 1996). Así acciones de apoyo instrumental o informativo son percibidas también como muestras de afecto y cariño por quién las percibe (Gracia Fuster y cols, 1995; Barrón, 1996). De este modo determinadas acciones se engloban en categorías específicas en cuanto a la semejanza de las mismas, pero mantienen relaciones que pueden explicar la multifuncionalidad de las mismas.

A la vista, de los resultados y de cara a completar y perfeccionar la evaluación de las acciones de apoyo, sería interesante, incorporar como nuevas acciones aquéllas que espontáneamente han sido referidas por los pacientes, así como otras que, aunque no lo han sido, son referidas en la literatura (“expresar preocupación” o “entendimiento”). Por otra parte, a pesar de que nuestros pacientes no mencionaron a otros pacientes en la categoría abierta de “otros “ proveedores, incluirlos como otra categoría de proveedores disponibles parece una propuesta adecuada. Por un lado, para todos es común el intercambio de información y consejo, así como el compartir preocupaciones entre los mismos pacientes; y por otro, el desarrollo y proliferación de asociaciones y grupos de autoayuda es un hecho común en la actualidad. Para terminar, evaluar sólo si un

proveedor lleva a cabo o no una determinada acción de apoyo puede ser insuficiente para establecer resultados acerca de la calidad del mismo, pues ésta también depende en cierto sentido, de obtener la cantidad suficiente de esa acción de apoyo. Así, sería interesante para completar la valoración de la calidad del apoyo, considerar no solo si un proveedor presta o no una acción de apoyo, sino también la frecuencia con que la presta cada uno de ellos.

En cuánto a nuestra **octava hipótesis** por la que esperábamos encontrar *diferencias significativas en la satisfacción con el apoyo de familiares y profesionales de la salud frente al resto*, se **confirma sólo** en el caso de la familia y concretamente la nuclear

Respecto de la **hipótesis nueve** con la que esperábamos encontrar que *las acciones de apoyo de tipo emocional mostraran mayor frecuencia y se diferenciaran significativamente del resto*, nuestros resultados se **confirman parcialmente**. La frecuencia de las acciones emocionales sí es significativamente mayor, pero sólo se diferencian de la Instrumental y no de la Informativa.

DIFERENCIAS EN LAS DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Uno objetivo del estudio ha sido determinar las diferencias en las dimensiones y variables de apoyo entre hombres y mujeres, ya que la percepción del apoyo en hombres y mujeres es diferente, y está en función de las expectativas y necesidades que definen cada uno de sus roles (Derlega et al., 1994).

En los resultados con ambas muestras no encontramos diferencias en cuánto al **sexo** en las dimensiones de **Proveedores** o **Satisfacción** con el apoyo, ni respecto de las categorías de apoyo (**Emocional, Instrumental e Informativo**). Sin embargo, hombres y mujeres sí se diferencian en la percepción de acciones específicas de apoyo. Las mujeres perciben más la acción de *Distraer*, junto con *Ofrecerse* en la primera muestra de estudio,

y con la de *Animar* en la segunda muestra. Estos resultados sólo coinciden en parte con los aportados por la literatura acerca de las diferencias entre hombres y mujeres respecto del apoyo social. Por un lado, autores como Dakof y Taylor; (1990); Fife et al; (1994) Harrison et al; (1995) y Mor et al; (1992) refieren diferencias tanto del número de proveedores como de las formas de apoyo. En nuestro estudio las mujeres perciben más, dos de las acciones de apoyo emocionales (*Distraer* y *Animar*), y una de las acciones de apoyo Instrumental (*Ofrecerse*). Estos resultados sólo coinciden en parte con los de otros autores que encuentran más apoyo de carácter instrumental en el caso de los hombres, y más proveedores y apoyo emocional en las mujeres (Maccoby, 1990,1991; Tannen, 1990 Thompson y Pleck, 1981 entre otros)

En cuanto al **nivel educativo** no encontramos diferencias en ninguna de las variables y dimensiones de apoyo. Por su parte el apoyo sí varía en función de la **edad**. Así, los pacientes más jóvenes tenían más **Proveedores Reales** en total, y concretamente en el caso de la **Red Nuclear y Familiar**. Por su parte, los pacientes de más edad están más **satisfechos** con el apoyo, y en el caso de la segunda muestra de estudio, con el de la **Red Nuclear**. En cuánto a las acciones de apoyo, sólo con la primera muestra de estudio encontramos diferencias entre los grupos de **edad**. Los pacientes más jóvenes perciben más acciones como *Informar Aconsejar* o *Acompañar*, mientras que los de más edad perciben acciones como *Visitar* e *Interesarse*. Otros estudios también encuentran diferencias en la percepción de apoyo en cuanto a la edad y ésta se relacionaba en sentido positivo con las acciones de apoyo Emocional y en negativo con la Comunicación abierta (Aymanns et al., 1995). En nuestro trabajo los pacientes de más edad perciben una de las acciones de carácter emocional (*Visitar*); mientras que los más jóvenes perciben dos acciones que indican comunicación sobre la enfermedad (*Informar* y *Aconsejar*).

Por último, respecto de las variables sociodemográficas, los análisis de diferencias respecto del **estar casado** o **en pareja**, mostraron que quienes tienen **pareja** perciben mayor número de **Proveedores reales** en ambas muestras. Además, en la primera muestra quienes vivían con **otra** persona , frente a los que vivían solos, tenían niveles de satisfacción media con el apoyo más elevados, y percibían más acciones de *Escucha*. Por

su parte, en la segunda muestra, los pacientes que tenían pareja percibían más acciones del tipo *Animar* y *Tareas* y la categoría de apoyo *Informativo*. Estos resultados son coherentes con los de otros trabajos empíricos y con las aportaciones de la literatura en general, confirmando la importancia de la pareja como proveedor de apoyo (Schulz y Rau; 1985; Berkman; 1985 en Cohen y Syme; 1985; Waxler-Morrison et al; 1991, Ell et al; 1992; Dunkel-Schetter; 1992; Shur y Cutrona; 1992 en Burleson et al; 1994; Pistrang; 1995; Silliman et al ; 1998). Un estudio sobre apoyo marital, encontró resultados similares a los nuestros encontrando que, la pareja utilizaba un amplio rango de acciones de apoyo, y entre las más frecuentes se incluían la información o consejos, seguidas de las emocionales y tangibles (Shur y Cutrona; 1992). Por tanto, la falta del cónyuge parece suponer un factor de riesgo en cuanto a la pérdida de una importante fuente de acciones de apoyo. En este sentido, el trabajo de Dunkel-Schetter, (1992) y en relación al uso de estrategias de afrontamiento, mostró que quienes vivían solos utilizaban con mayor frecuencia la Búsqueda de Apoyo social.

*Así, en cuanto a nuestra **décima hipótesis** en la que esperábamos un mayor número de proveedores de apoyo y de apoyo emocional percibido por las mujeres, frente a más apoyo instrumental percibido por los hombres, ésta se confirma sólo en parte; dos acciones de apoyo emocional (Distraer y Animar) se perciben en mayor medida por las mujeres.*

DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL Y VARIABLES CLINICAS

En ambas muestras de estudio y en cuanto al **diagnóstico**, las mujeres con cáncer de mama percibían menor número de **Proveedores** de la **Red Nuclear** frente al grupo de cáncer de pulmón y otras patologías. Sin embargo percibían en mayor medida las acciones de *Animar*, *Distraer*, y las categorías **Informativa** e **Instrumental**. Estos resultados deben ser interpretados atendiendo también a la variable sexo, pues los grupos de cáncer de mama están compuestos exclusivamente por mujeres. En este sentido, Ell et al (1992) también encontraron relaciones diferentes en cuanto a diferentes categorías y formas de apoyo en las mujeres de cáncer de mama frente al grupo de pulmón y colón, y establecieron dichas diferencias en términos de sus efectos sobre la salud.

En el segundo grupo, los pacientes con **tiempo de diagnóstico** menor o igual a un año percibían mayor número de **Proveedores** de la **Red Nuclear** y **Familiar** y mayor **satisfacción** con el apoyo de la **Red Nuclear**. Además percibían mayor número de acciones de apoyo como *Informar*, *Distraer* o *Acompañar* y el apoyo **Informativo**. El primer año en el proceso de enfermedad de un paciente oncológico incluye por un lado, el impacto del diagnóstico, en el caso de las mujeres someterse a una intervención quirúrgica, los primeros ciclos de quimioterapia, y en definitiva una serie de acontecimientos estresantes y continuados a los que implícitamente se asocia el proporcionar información más frecuentemente. Todos ellos producen un gran impacto, y además requieren de un proceso de adaptación del sujeto. Es probable que este periodo inicial provoque una movilización de las redes y en consecuencia, una mayor satisfacción y frecuencia de acciones de apoyo que se refleja sobre todo en la familia. Conforme esta etapa inicial transcurre y la adaptación a la nueva situación de enfermedad empieza a ser asumida por el paciente y familiares, la frecuencia de dichas acciones puede decrecer y el paciente puede estar menos satisfecho con el apoyo (Barrera 1986; 1988). Estos resultados en cuanto a menor frecuencia del apoyo cuanto mayor es el tiempo desde la enfermedad han sido demostrados por algunos trabajos que se han ocupado de llevar a cabo estudios longitudinales (Neuling y Winefield; 1988; Bolger et al: 1996). Por otro lado, en ocasiones cuando el proceso de enfermedad se alarga, es frecuente que los proveedores de apoyo empiecen a sufrir cierto desgaste o deterioro emocional y este puede reflejarse en una menor cantidad de acciones de apoyo (Barrera 1986; 1988). Por lo tanto, a la vista de los resultados, parece que el primer año en una enfermedad como el cáncer resulta de especial relevancia y sus efectos se traducen en aspectos como la provisión de apoyo por parte de los familiares, y en consecuencia respecto de la percepción del mismo por el paciente.

Otra de las variables clínicas que ha mostrado diferencias en cuanto a las variables y dimensiones de apoyo ha sido el estar recibiendo o no tratamiento de **quimioterapia**. Los pacientes que recibían tratamiento percibían en general más acciones de apoyo de carácter **Informativo** e **Instrumental** así como otras específicas: *Escuchar* y *hacer Tareas*. Un resultado curioso es que mientras este grupo percibe más acciones de apoyo

informativo, en el primer grupo de estudio los pacientes con tratamiento de quimioterapia perciben menos acciones como *Aconsejar*. Estos resultados al parecer contradictorios, podrían reflejar que si bien el recibir tratamiento precisa de cierta información útil y de ayuda para manejarse con los efectos secundarios del tratamiento, los proveedores prescinden de dar consejos que pueden ser irrelevantes ante una situación agresiva e inevitable, en cierto modo, como es recibir el tratamiento y sufrir los efectos del mismo. En la primera muestra también quienes recibían quimioterapia estaban más satisfechos con el apoyo.

En cuánto al **estadío**, los pacientes en estadios iniciales estaban más **satisfechos** con la **Red Social** y percibían más acciones como *Distraer*. Por su parte, también los paciente con mejor **pronóstico** percibían más acciones de apoyo como *Animar*, *Distraer*, *Ofrecerse* o hacer *Tareas*, así como apoyo **Informativo** e **Instrumental** y el **pronóstico**. Estos resultados acerca del pronóstico o el estadío parecen incoherentes en cuanto a que lo esperable sería que los pacientes con peor pronóstico o estadios más avanzados percibieran más apoyo. Una posible explicación podría ser que en el caso de los pacientes en **estadios** iniciales o con buen **pronóstico** el deterioro físico es menor, lo que les facilita la participación social en actividades sociales y en este sentido, se propicia el acercamiento de las redes de apoyo.

Otra posible explicación es que en estados más avanzados o con peor pronóstico, y ante un mayor deterioro del paciente, la frecuencia de contactos por parte de las redes sociales disminuya. Así, mientras que acciones de apoyo como *Ofrecerse* o hacer *Tareas* podríamos entender que aumentarían su frecuencia ante un pronóstico peor, es probable que para los proveedores, sobre todo los del entorno social, les resulte más difícil ayudar o prestar apoyo cuando la situación de enfermedad es más grave. Es la familia la que en estos casos se ocupa asumiendo básicamente la mayor parte de la provisión de apoyo que se le ofrece al paciente. Resulta más fácil interactuar y prestar apoyo a pacientes en estadios iniciales o con un buen pronóstico, en los que la esperanza de curación y un menor deterioro facilitan la provisión del mismo. Así, un buen **pronóstico** facilitaría por ejemplo, la provisión de información y de apoyo en general, animando o motivando al paciente a participar en actividades que le distraigan; mientras que esto no ocurre

igualmente en el caso de los de peor pronóstico. En este sentido la literatura también aporta resultados en los que los pacientes de cáncer con peor pronóstico, en general percibían menos apoyo (Peters-Golden, 1982). Por lo tanto, un mejor o peor pronóstico y estadios de enfermedad iniciales o avanzados provocan diferencias en la percepción de apoyo. Éstas pueden ser debidas, por un lado, a una mayor receptividad para el mismo por parte del paciente con mejor pronóstico, y por otro lado, a una mayor provisión de apoyo que se facilita ante una situación de enfermedad menos “grave”.

Finalmente, los pacientes **ingresados** percibían en mayor medida a los profesionales como proveedores de apoyo. Sin embargo, percibían en menor medida acciones de apoyo **Instrumental**, de *Animo*, *Escucha* o *Distracción*. Es probable que en la situación de Hospitalización las acciones de apoyo, aunque sean provistas igualmente, se perciban tan efectivas como cuando el paciente no está ingresado. En cierta manera, el no ingreso permite con mayor facilidad distanciarse del problema de enfermedad, y también supone probablemente una mejor condición física y receptividad hacia las diferentes formas de apoyo. Por otro lado, un paciente ingresado, por ejemplo, puede percibir que determinadas acciones de apoyo instrumental en ese momento, es inevitable que otros las hagan por él, y por tanto, no son percibidas tanto como acciones voluntarias de apoyo sino como casi obligatorias.

Nuestros resultados en cuanto a diferencias en apoyo social y variables clínicas subrayan el interés para futuras investigaciones y coinciden en este sentido con las propuestas de la literatura revisada. En el caso del paciente oncológico el efecto del apoyo social depende en cierta medida de las diferencias en cuanto a determinadas variables de enfermedad y en consecuencia, determinar sus resultados sobre variables de salud, es importante (Brown et al., 1989b; Dunkel-Schetter, 1984; Littlefield et al., 1990).

Es así que, con respecto a la hipótesis número once, con la que esperábamos encontrar que los pacientes con estadios de enfermedad avanzada, peor pronóstico y recibiendo quimioterapia percibieran más apoyo instrumental o tangible, nuestros resultados sólo la confirman respecto de los pacientes con quimioterapia.

3. DIMENSIONES DE APOYO SOCIAL Y SALUD

APOYO SOCIAL COMO PREDICTOR DE LA PERCEPCIÓN DE ESTRÉS POR LA ENFERMEDAD Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO.

Desde la hipótesis de los efectos amortiguadores o interactivos y las teorías del afrontamiento se establece que el apoyo social a través del afrontamiento atenúa el impacto del acontecimiento estresante (Lin y Ensel, 1989 y Lin et al, 1985; Thoit, 1986). Así, en condiciones de estrés severo y cuando todavía están operando los procesos de ajuste, el apoyo funcional ayuda a redefinir el daño potencial del estresor y facilita los procesos y las estrategias de afrontamiento de (House, 1981; Frydman, 1981; Kessler y Essex, 1982; Dean y Ensel, 1982; Anhsel y Stone, 1982 Kessler y McLeod; 1985; Lin y Cols; 1985 Cohen y Wills, 1985 1988 Vaux, 1988;). En este sentido, en nuestro estudio llevamos a cabo, en primer lugar, un análisis predictivo de las diferentes variables de apoyo sobre la percepción de estrés y enfermedad. En segundo lugar, aquellas estrategias de afrontamiento que se relacionaban tanto con variables de apoyo como de percepción de estrés, fueron analizadas conjuntamente en un segundo análisis para determinar el valor predictivo de una ú otras sobre el afrontamiento.

Nuestros resultados mostraron que, *Ofrecerse* disminuye la **percepción de estrés** por la enfermedad, y *Visitar* junto con estar ingresado atenúan la falta de **control percibido** sobre la misma. Además, *Informar* predice un menor uso de la estrategia de **Resignación** y la *satisfacción* con la Red Nuclear predice menor uso de la **Culpabilización de Otros**, mientras que la satisfacción con la Red Social predice mayor **Expresión Emocional**. Nuestro resultados en cuanto a las acciones de *Visitar* e *Infomar* coinciden con los de otros trabajo en el que determinadas características de apoyo informativo y emocional también mostraron un efecto positivo fomentando la percepción de control sobre enfermedad y la redefinición menos amenazante de la enfermedad (Fife; 1995; Komproe et al; 1997).

Por su parte, la *satisfacción media* con el apoyo, ser mujer, y un estadio avanzado, además del apoyo *Económico* predijeron la **Religiosidad** Por su parte, los *Proveedores* de la *Red Social* y el no estar ingresado predijeron la estrategia de **Contabilizar Ventajas**.

Sin embargo, los *Proveedores* de la *Red Social* dejó de predecir esta estrategia cuando se incluyó otra variables de percepción de enfermedad en el análisis predictivo. Así, la estrategia de **Contabilizar Ventajas** fue predicha entonces, por no estar ingresado, por mayor percepción de la acción de *Visitar* y por menor percepción de estrés global por la enfermedad.

La estrategia de **Contabilizar Ventajas** incluye básicamente ítems sobre la comparación con otros enfermos permitiendo que finalmente el resultado de ese balance acabe siendo positivo para quién utiliza esta estrategia. En el caso de los pacientes oncológicos su uso parece ser bastante frecuente (Terol. 1993). Además determinadas variables de enfermedad como estar ingresado, el aspecto físico, o los efectos secundarios del tratamiento, entre otras, son interpretadas como signos que reflejan mayor o menor gravedad. Por lo que, independientemente de las variables clínicas objetivas, o de la causa del ingreso y del estrés que supone para muchos pacientes, el no estar ingresado es interpretado como algo ventajoso respecto de otros estados más graves de enfermedad que se asocian al ingreso. En este sentido, no estar ingresado facilita utilizar estrategias de afrontamiento centradas en aspectos más “positivos” de la enfermedad. Por su parte, es probable que una de las conductas de los proveedores de apoyo cuando *Visitan* al paciente es facilitarle que piense sobre aspectos positivos de la enfermedad a través de la comparación social con otros enfermos que finalmente se han recuperado, y en consecuencia, reducir a su vez la percepción de estrés sobre la misma.

La estrategia de **Búsqueda de Apoyo**, aunque en principio mantenía relaciones con las dimensiones de apoyo, finalmente éstas no tuvieron valor predictivo y solo la edad la predijo. Así, los pacientes más jóvenes usaban con más frecuencia esta estrategia. La **Autoculpación-Escape** fue predicha por ser hombre, mayoritariamente diagnosticados de cáncer de pulmón, y los niveles educativos más bajos. Estas variables junto con mayor percepción de amenaza predijeron el uso de la **Autoculpación** Por su parte, la de **Pensamientos Positivos-Contabilizar Ventajas**, fue predicha únicamente por el “no ingreso”.

A modo de resumen, los resultados de nuestro estudio mostraron que de las dimensiones de apoyo, son las acciones específicas y la adecuación o satisfacción, las que confirman su valor predictivo sobre la percepción de estrés por la enfermedad y el afrontamiento. Así, **Ofrecerse** e **Informar**, y la **satisfacción** con la **Red Nuclear** y **Social** se establecieron como únicas predictoras de tres de las estrategias de afrontamiento evaluadas, y del estrés percibido por la enfermedad. Por su parte y en combinación con otras variables, las acciones de **Visitar**, **Económicamente** y la **satisfacción** con el total de **Proveedores Reales** predijeron la frecuencia el uso de la Religiosidad y de la Contabilización de Ventajas, así como la amenaza percibida por la enfermedad. Estos resultados demuestran que, tal y como se propone desde la hipótesis del efecto amortiguador, el apoyo social ayuda a redefinir el estresor y facilita determinados procesos de afrontamiento más adaptativos (House, 1981; Vaux, 1988, Cohen y Wills., 1988). Asimismo, en otros trabajos empíricos se subrayan las características funcionales del apoyo informativo, instrumental y emocional frente a otras dimensiones del constructo de apoyo y sus relaciones con el afrontamiento y/o percepción de la enfermedad (Fife, 1995; Komproe et al., 1997; Aymanns et al., 1998).

Por tanto, y conforme a la última de nuestras hipótesis, en la que esperábamos que las diferentes dimensiones de apoyo (proveedores, satisfacción y acciones de apoyo) mostraran relaciones significativas y positivas, con la percepción de estrés por la enfermedad y el afrontamiento y en el sentido de un efecto amortiguador, se confirma respecto de dos de las dimensiones: satisfacción y acciones de apoyo

PERCEPCIÓN DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

Dentro del modelo de Estrés y Afrontamiento (Lazarus y Folkman 1984) el estrés se concibe como resultante de una "apreciación cognitiva" que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos y capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas. Los recursos que el sujeto toma en cuenta, en esa apreciación o valoración de la situación pueden considerarse como recursos de Afrontamiento, y su puesta en práctica para intentar restablecer el equilibrio, son las respuestas de Afrontamiento. Es así que, el modo en el que un sujeto evalúa el

acontecimiento estresante, en este caso la enfermedad, y los recursos de los que dispone para afrontarla determinan el uso de uno u otro tipo de estrategias. Por esta razón, en nuestro trabajo analizamos las relaciones de determinadas estrategias, que aunque no presentaron relaciones con otras variables de apoyo, sí lo hicieron con las variables de evaluación o percepción de la enfermedad. Nuestro objetivo fue determinar el valor predictivo de las variables de percepción de enfermedad sobre el afrontamiento.

Los resultados mostraron que la percepción de amenaza y el control sobre la enfermedad explicaban el uso de determinadas formas de afrontamiento. Así, los que perciben más **amenaza** y los pacientes más jóvenes usan con mayor frecuencia los "*Pensamiento Desiderativo*". También los pacientes con mayor **control** percibido sobre la enfermedad y los más jóvenes utilizan más la "*Búsqueda de Soluciones*". La percepción de amenaza también predijo una de las dimensiones de afrontamiento (*Pensamiento Desiderativo, Religiosidad, Culpabilización de Otros y Resignación*) y finalmente, el no ingreso fue el único predictor de los *Pensamientos Positivos*.

Estos resultados en cuanto a edad y estrés percibido por la enfermedad como predictores del afrontamiento son coherentes con los de otros autores (Dunkel-Schetter, 1992; Behen y Rodrigue 1994; Sollner et al., 1997; Silliman et al., 1998). Así, en otros trabajos se confirma que los pacientes más jóvenes utilizan menos la Evitación o el Distanciamiento frente a un mayor uso de estrategias de Confrontación o activas (Dunkel-Schetter, 1992, Behen y Rodrigue 1994). Además, son los pacientes más jóvenes los que muestran más interés en participar en otros tratamientos, terapias de apoyo y obtener información de diferentes medios de comunicación como forma de apoyo (Sollner et al., 1997; Silliman et al., 1998). En este sentido, en nuestro estudio, los pacientes más jóvenes también utilizaban con mayor frecuencia una estrategia activa, como es Buscar Soluciones, pero además, utilizaban otra evitativa; el Pensamiento Desiderativo. Una explicación del uso de ambas estrategias en los pacientes más jóvenes podría ser su complementariedad. Es probable que los más jóvenes deseen con más intensidad que la situación cambie de algún modo, lo que representa el uso de la estrategia evitativa o de pensamientos de deseo. A su vez, para intentar que la situación cambie de algún modo actúan buscando soluciones que así lo permitan.

Por su parte, y en cuánto al grado de estrés percibido por la enfermedad, ésta variable estuvo relacionada igualmente con mayor uso de formas de afrontamiento que suponían distanciamiento o evitación cognitiva o conductual, así como con una mayor Búsqueda de Apoyo social (Dunkel-Schetter; 1992). En nuestro trabajo los pacientes que perciben mayor amenaza también utilizan más estrategias evitativas, mientras que son los pacientes que perciben más control, los que ponen en marcha más estrategias de Búsqueda de Soluciones. En este sentido, los planteamientos teóricos del modelo de Lazarus y Folkman (1986), proponen que por ejemplo, los niveles elevados de amenaza percibida o de falta de control dificultan la puesta en marcha de formas de afrontamiento centradas en el problema (Lazarus y Folkman; 1984).

Por tanto, los recursos personales y psicosociales, así como determinadas variables de enfermedad o de la situación, influyen en la evaluación del acontecimiento estresante y en las respuestas de Afrontamiento que se ponen en marcha. Así en nuestro estudio, situaciones específicas como estar ingresado o no, mayor percepción de control o amenaza por la enfermedad, así como determinadas características personales y recursos de apoyo determinan finalmente, el uso diferencial de uno u otro tipo de estrategias.

APOYO SOCIAL Y SALUD: CONDICIÓN FÍSICA, RESPUESTAS EMOCIONALES Y ESTADO DE SALUD GLOBAL.

Una gran mayoría de autores mantiene que el apoyo social tiene efectos beneficiosos y directos sobre determinadas variables de salud (Myers y cols., 1975; Mitchell, Billing y Moos, 1982; Heller y Swindle., 1983; Rook, 1983; Anhensel y Frerichs, 1982; Miller y Lefcourt, 1983; Kaplan y cols., 1983 Veiel y cols., 1988; Orth-Gomer y Unden, 1990; Gracia Fuster y cols.,1995; Barrón, 1996, López-Cabanas y Chacón 1997 entre otros.) Por esta razón, el objetivo inicial ha sido averiguar si determinadas variables y dimensiones de apoyo mantenían relaciones directas con nuestras variables de resultados de salud (Ansiedad, Depresión, Condición Física y Estado de Salud Global), para después analizar su valor predictivo. Los resultados de las relaciones del apoyo social y salud mostraron que, de las dimensiones y variables de apoyo, sólo el total de proveedores **No disponibles en la**

Red, y el número de los **Proveedores** de la **Red Nuclear** y **Familiar** estuvieron relacionados con la **Ansiedad** pero ninguna de ellas fue predictor. El resto de variables, y dimensiones de apoyo (Satisfacción, Acciones o categorías de Apoyo) no mostró relaciones significativas con ninguna de las variables de salud evaluadas: **Condición Física, Depresión o Estado de Salud Global**.

Las variables de salud fueron predichas directamente por variables clínicas, y/o por la percepción de estrés por la enfermedad y formas de afrontamiento, así como por las respuestas emocionales respecto del estado global de salud. De modo que, el “no ingreso” predijo una mejor **Condición Física** percibida. En cuanto a las respuestas emocionales, los niveles más elevados de amenaza percibida predijeron mayor **Ansiedad**. Un mayor uso de una de las dimensiones de afrontamiento (Pensamientos Desiderativos, Religiosidad, Culpabilización de Otros y Resignación) con un menor uso de los Pensamientos Positivos, y con peor estado de salud física percibida predicen los niveles de **Depresión**. Finalmente, mayor percepción de amenaza por la enfermedad y niveles de depresión más elevados del grupo de pacientes predijeron un peor estado de **Salud Global**.

De modo que, en nuestro estudio, no hemos obtenido resultados que apoyen los efectos beneficiosos que directamente tiene el apoyo social sobre determinadas variables de salud, tal y como se ha propuesto en otros trabajos (Zemore y Shepel; 1989; Baker; 1992; Hoskins et al; 1995 Manne et al; 1997 Budin; 1998 ; Gooding et al; 1995 Neuling y Winefield 1988; Waxler-Morrison; 1991 Ell et al; 1992 Slevin et al 1996 Maunsell et al 1995; Broomfield et al; 1997 entre otros). Sin embargo, también existen trabajos que coinciden con nuestros resultados y aportan ausencia de relaciones directas entre apoyo y respuestas emocionales, condición física o estado global de salud (Bloom y Kessler., 1994; Roberts et al., 1993; Ngan et al., 1994). Otros, encuentran resultados diferentes del apoyo social que dependen del tipo de variables de salud evaluadas o entre hombres y mujeres (Hoskins, 1995, Manne et al, 1997). Así el apoyo social se relacionaba directamente con el ajuste psicológico, pero no aparece relacionado con los síntomas físicos, el estado de salud, o el funcionamiento de rol (Hoskins, 1995). O bien, en el caso de los hombres el apoyo social no estaba relacionado directamente con el ajuste psicológico (Manne et al., 1997).

Estos trabajos, no han evaluado variables de afrontamiento o de percepción de la enfermedad permitiendo contrastar si además de, o en lugar de, un efecto directo, estas variables modulan o intervienen en el resultado final sobre las variables de salud. (Cohen y Wills; 1985 Cit en Gracia Fuster y cols; 1995; (Turner; 1983; Schaefer y cols; 1981; Vaux; 1988, Cit en Barrón; 1996). Al no haber considerado la interacción de otras variables de percepción de enfermedad y afrontamiento, los resultados de estos trabajos podrían encubrir otro tipo de relaciones del impacto del apoyo social sobre la percepción de enfermedad y el afrontamiento.

Por esta razón, consideramos que los resultados de nuestro estudio guardan una relación más estrecha con aquéllos que han analizado la contribución tanto de las variables de percepción de enfermedad o afrontamiento, como del apoyo social en los resultados de salud. Coincidimos con ellos en que, en el contexto de una situación estresante, debemos ocuparnos, en primer lugar, de la interacción entre variables de apoyo social, percepción de estrés y afrontamiento, para finalmente, establecer un efecto directo o amortiguador del apoyo social y afrontamiento atendiendo a los resultados de éstas variables en salud (Dunkel-Schetter; 1992; Behen y Rodrigue; 1994; Pennix et al; 1998; Fife; 1995; Baider et al ; 1998; Northouse et al; 1995; Aymanss et al; 1995; Komproe et al; 1997) Así, algunos trabajos confirman que el apoyo social estuvo relacionado con la evaluación de estrés por la enfermedad y/o con diferentes formas de afrontamiento. (Dunkel-Schetter, 1992; Fife, 1995, Aymanss et al ; 1995; Kompre et al: 1997).

En los trabajos de Dunkel-Schetter, (1992) y (Fife, 1995) no se aportan resultados del apoyo social con el ajuste o, ni del afrontamiento ni del apoyo social, lo que no permite establecer conclusiones explícitas acerca de la posibilidad de efectos aditivos del apoyo. Sin embargo, sí establecen un efecto amortiguador del apoyo social a través de la percepción de enfermedad y/o el afrontamiento (Dunkel-Schetter; 1992; Fife; 1995). En este sentido, los resultados de nuestro estudio demuestran igualmente, la influencia del apoyo social a través de su poder predictivo con respecto a determinadas variables de percepción de estrés y afrontamiento, tal y cómo se expuso en el apartado anterior. Por tanto, éstos trabajos apoyan las propuestas teóricas de distintos autores sobre la hipótesis clásica del efecto amortiguador del apoyo social en general. Pero además, en nuestra

opinión, coinciden con las hipótesis más recientes del efecto interactivo que enlazan con las propuestas teóricas sobre el estrés y el afrontamiento. Éstas parten de una perspectiva de estudio más amplia, en la que el apoyo social actúa como un recurso más, y en relación a los procesos de estrés y afrontamiento, y a los resultados de salud (Lin y Ensel, 1989 y Lin et al; 1985, House; 1981; Vaux; 1988 Cit en Barrón, 1996 Cohen y Wills; 1988 cit en Cabanas y Chacón; 1997). En concreto, desde la hipótesis de los efectos interactivos, se considera que el apoyo social y el acontecimiento estresante interactúan entre sí, aunque descartarían relaciones independientes del apoyo con las variables de resultado, Lin et al (1985).

En nuestro estudio, tanto los efectos amortiguadores como directos han sido comprobados en los resultados de salud y el apoyo social sólo mantiene relaciones con la percepción de estrés y el afrontamiento. Por tanto, nuestros resultados no coinciden en apoyar la contribución directa del apoyo social como variable independiente en los resultados de salud, sino que lo que enfatizan es la contribución del apoyo social a través de la percepción de enfermedad y del afrontamiento. En este sentido, en nuestro caso y a partir de la evaluación llevada a cabo con nuestra escala de apoyo social no podemos concluir un **efecto aditivo** del apoyo social, ni tampoco un **efecto aditivo independiente**, y sólo, el efecto **amortiguador** o **interactivo** se confirma. Ciertos aspectos de las condiciones de evaluación y del tipo de estudio planteado podrían explicar la ausencia de relaciones del apoyo social y salud en nuestro trabajo. En primer lugar, y coincidiendo con los comentarios de Komproe et la (1997) las funciones de apoyo real sólo tendrán un efecto beneficioso sobre la salud si logran influir a través del afrontamiento en aquéllos pacientes con problemas para responder adecuadamente ante el estresor. En nuestra opinión, la influencia del apoyo social sobre las estrategias de afrontamiento se confirma en cuanto a las relaciones obtenidas entre ambas variables. Sin embargo, el proceso de cambio y ajuste pasa por la utilización más o menos efectiva y frecuente de aquéllas estrategias más o menos efectivas que permitan finalmente, un resultado adaptativo. En este sentido, un estudio transversal como el nuestro, en donde un alto porcentaje de pacientes están atravesando el primer año de la enfermedad que incluye situaciones novedosas casi constantemente (exploraciones, comunicación de diagnóstico, tratamientos ect.), la adaptación del paciente resulta difícil dada la complejidad y variedad de acontecimientos

estresantes específicos. Encontrándose los pacientes más en un proceso de adaptación que en un estado más o menos adaptativo. De modo que, un estudio transversal que permita contrastar el efecto del apoyo social a largo plazo, permitiría establecer si además con nuestra escala se podrían reflejar los efectos **aditivos** del apoyo social, mostrando dichas relaciones con variables de salud. Por otro lado, y desde los modelos propuestos por Barrerra et al (1986, 1988) en nuestra opinión, los resultados de este estudio parecen indicar tal y como el autor propone, una movilización de las redes de apoyo que se manifiesta a través de sus relaciones con las variables de percepción de enfermedad y afrontamiento. Los resultados de si dicha movilización ha llegado o no a ser efectiva pasa por establecer las relaciones que el apoyo social mantiene con las variables de salud, y en este sentido, nos reiteramos en la necesidad de llevar a cabo estudios longitudinales, que además, y desde las propuestas de este autor, permitirían a su vez identificar si existe o no un proceso de deterioro en las redes de apoyo.

Por otra parte, las propuestas teóricas desde la hipótesis clásica del efecto amortiguador, proponen que es ante acontecimientos estresantes vitales y recientes sobre los que todavía están actuando los procesos de ajuste, y utilizando evaluaciones de apoyo real y funcional, cuando es más probable que el apoyo social actúe como variable mediadora a través de la evaluación del acontecimiento y de las formas de afrontamiento (Turner; 1983; Schaefer y cols; 1981; Vaux; 1988, Cit en Barrón; 1996; López-Cabanas y Chacón; 1997). En este sentido, nuestro trabajo parte de las condiciones teóricas propuestas en cuanto a variables contextuales y de tipo de evaluación del apoyo en estas condiciones, y confirma a través de sus relaciones significativas con las variables de percepción de enfermedad y afrontamiento, los resultados que desde la teoría del apoyo social son esperables. Para terminar, la Escala de Apoyo social Percibido (EASP) se enmarca en las direcciones teóricas que desde un marco más amplio asumen la potencialidad del apoyo social como un recurso. Éste se moviliza ante la ocurrencia de un acontecimiento estresante y a través de sus efectos interactivos con las variables de percepción de estrés y afrontamiento amortigua el impacto del mismo en los resultados de salud. La posibilidad de que además el apoyo social evaluado con el EASP se relacione directamente con variables de salud, no ha sido establecido y éste debe ser contrastado en futuras investigaciones y a través de estudios longitudinales.

CONCLUSIONES



En cuanto a las dimensiones de apoyo:

- 1. En ámbitos hospitalarios y con muestras de pacientes crónicos en situación de estrés severo, es posible obtener la información necesaria sobre las diferentes dimensiones y variables de apoyo utilizando instrumentos breves y administrados con formato de entrevista semiestructurada.***
- 2. De las dimensiones de apoyo, la percepción de los Proveedores y la Satisfacción son las que reflejan mayor estabilidad mientras que la percepción de las acciones de apoyo es más variable. Esta puede estar influida en mayor medida por la subjetividad del receptor y/o por otras variables del contextuales en la situación de dar y recibir apoyo, como la cronicidad de la enfermedad o los cambios en las necesidades del enfermo y en la provisión de unas u otras acciones de apoyo.***
- 3. Los proveedores de apoyo se agrupan en redes que están definidas por la afinidad entre sus miembros y la relación con el receptor de apoyo, diferenciándose la Red del núcleo familiar, de la que componen otros miembros de la familia, y a su vez, éstas se diferencian de la Red Social y de la Red compuesta por los Profesionales de la Salud.***
- 4. Las diferentes acciones de apoyo se agrupan en categorías definidas por el Apoyo, Instrumental, Emocional, e Informativo, sin embargo, ésta última engloba acciones específicas que podrían representar también la categoría de Apoyo Emocional.***
- 5. De las dimensiones de apoyo, la percepción de los proveedores y de la satisfacción con el apoyo están en mayor medida influidas por las variables contextuales de clima familiar (Expresión, Conflicto y Cohesión) mientras que no ocurre así en el caso de las acciones específicas.***

6. *La dimensión de satisfacción o adecuación del apoyo puede estar afectada por efectos de sinceridad o de deseabilidad social, lo que subraya la importancia de comprobar las relaciones de esta variable con la satisfacción a la hora de fundamentar la validez de las respuestas de los sujetos; y de poner medios para evitar este sesgo cuando se entrevista al sujeto.*
7. *La percepción del apoyo está basada en la participación activa de los proveedores y en la transferencia real de las acciones específicas de apoyo. Sin embargo, las acciones específicas y la satisfacción son las dimensiones de apoyo que parecen estar más afectadas por los procesos de percepción subjetiva y/o por los cambios en la provisión de apoyo, comparadas con la dimensión de Proveedores.*

En cuanto a la percepción del apoyo por el paciente oncológico:

8. *Los pacientes oncológicos perciben en mayor medida como proveedores reales a la pareja e hijos y los profesionales de la salud, seguido de amigos y hermanos. Los niveles de satisfacción más elevados se refieren en el caso de la pareja e hijos.*
9. *Los pacientes oncológicos perciben una frecuencia relativamente constante y elevada de la acción de apoyo “Animar”.*
10. *Las acciones de apoyo percibidas son coherentes con la estructura de relación de los proveedores de dichas acciones. Así, de la pareja y los hijos se percibían con mayor frecuencia acciones como hacer “Tareas”, “Acompañar” y “Animar”; otras como “Interesarse” y “Visitar” se percibían por parte de hermanos, amigos y compañeros d trabajo, finalmente “Interesarse” y “Ofrecerse” eran frecuentemente percibidas de los vecinos. En el mismo sentido, “Animar” ha sido percibida como acción de apoyo proporcionada por el personal de*

enfermería, e “Informar” por parte del personal médico; siendo además esta acción percibida exclusivamente de este proveedor.

- 11. Las categorías de apoyo Informativa y Emocional se perciben con mayor frecuencia que la Instrumental; aunque todas ellas están relacionadas significativamente, lo que podría indicar la multifuncionalidad del apoyo.*
- 12. Las mujeres no se diferencian de los hombres en la percepción de proveedores de apoyo o satisfacción, sin embargo, perciben más acciones específicas de apoyo, concretamente, “Distraer”, “Ofrecerse” y “Animar”.*
- 13. Los pacientes más jóvenes frente a los de más edad se diferencian en las dimensiones de Proveedores, satisfacción y acciones de apoyo. Así, los más jóvenes perciben mas proveedores y más acciones de Informar y Aconsejar, mientras que los pacientes de mas edad perciben más satisfacción, en particular con la red nuclear, y mas acciones de Visitar o Interesarse.*
- 14. Las mujeres con cáncer de mama percibían en mayor medida las acciones de “Animar”, “Distraer”, y formas de apoyo de carácter Informativo e Instrumental, en comparación con los enfermos con otras patologías.*
- 15. Los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia perciben más acciones de carácter Informativo e Instrumental, así como las acciones específicas: “Escuchar” y “Hacer Tareas”.*
- 16. Los pacientes con tiempo igual o menor a un año perciben mayor número de proveedores, más satisfacción con el apoyo de la Red Nuclear y más acciones como “Informar” “Distraer” y “Acompañar”.*
- 17. En contra de lo esperado a estadíos más avanzados, peor pronóstico e ingreso, los pacientes perciben menor número de acciones específicas de apoyo como*

“animo”, “escucha”, o “distraer”, y de acciones específicas instrumentales, como “tareas” y “ofrecerse”.

En cuanto a las dimensiones de apoyo social y salud:

- 18. Las acciones específicas y la adecuación o satisfacción confirman su valor predictivo sobre la percepción de estrés por la enfermedad y el afrontamiento.*
- 19. Las acciones de apoyo como “ofrecerse” y “visitar” atenúan la percepción de estrés global y la falta de control percibido sobre la enfermedad; y facilitan el uso de estrategias como la Contabilización de Ventajas.*
- 20. La satisfacción con la red social y nuclear facilita la expresión emocional y reducen la frecuencia de estrategias inadecuadas como culpabilizar a otros.*
- 21. Las variables o dimensiones de apoyo no tuvieron efectos directos sobre la salud. Fueron las variables clínicas las que estuvieron relacionadas con la condición física percibida. La percepción de enfermedad, las formas de afrontamiento y la condición física con las repuestas emocionales y, finalmente, la amenaza percibida por la enfermedad y los niveles más elevados de depresión con un peor estado de salud global percibido.*
- 22. El apoyo funcional evaluado en presencia de un acontecimiento severo como es padecer cáncer tiene efectos amortiguadores o interactivos a través de la percepción de estrés y del afrontamiento, no mostrando otros efectos directos o aditivos sobre la salud.*

BIBLIOGRAFÍA



Aaronson, N.K. ; Bartelink, H., van Dongen, J.A. y van Dam, F.S.A.M. (1988). Evaluation of Breast Conserving Therapy: Clinical, Methodological and Psychosocial Perspectives. *European Journal of Surgical Oncology*, 14: 133-140.

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bullinger, M. et al. (1991). The EORTC core quality-of-life questionnaire: interim results of an international field study. In Osoba, D. (Ed.) *Effect of cancer on quality of life*. Boston. CRC Press. (cit en Herdon et al., 1999).

Abbey, A., Abrahams, 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: 111-129.

Abiodun, O.A. (1994). A Validity study of the hospital anxiety and Depression Scale in General Hospital Units and an community sample in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 165: 669-672.

Andersen, B.L. (Ed.) (1986). *Women with cancer –psychological perspectives*. New York. Springer-Verlag New York. (cit. en Ngan et al, 1994).

Andreu Vaello, Y., Galdón garrido, M.J., Ibañez Guerra. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en cáncer de mama. *Psicothema*, 3 (2): 283-296.

Anhensel, C.S. y Stone, J.D. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39: 1392-1396. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Anhensel, C.S. y Frerichs, R.R. (1982). Stress, support and depression: a longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, 10 (4): 363-376. (cit en Barrón, 1996).

Antonoucci, T.C e Israel, B. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and networks members responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 1-25 (Cit en Burleson et al; 1994)

Antonovsky, A. (1972). Breakdown : A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Soc. Sci. Medicine*, 6 :537-544.

Aylard, P.R., Gooding, J.H. (1987). A validity study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (2): 261-268.

Aymanns, P., Filipp, S.H., Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology*, 34: 107-124.

Baider, L., Kaufman, B., Ever Hadani, P., Kaplan-de-Nour, A. (1996). Coping with additional stresses: Comparative study of healthy and cancer patient new immigrants. *Soc-Sci-Med*, 42: 1077-1084.

Baider, L., Walach, N., Pery, S. y Kaplan, D.E. (1998). Cancer in married couples: Higher or lower distress?. *J-Psychosom-Res*, 45: 239-48.

Baile, W.F., Bilbertini, M., Scott, L., Endicott, J. (1992). Depression and tumor stage in cancer of the head and neck. *Psycho-Oncology*, 1: 15-24.

Barczack, P., Kane, N., Andrews, S. et al. (1988). Patterns of psychiatry morbidity in a genito-urinary clinic : A validation of The Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 152: 698-700.

Barker, C.A. (1992). Factors associated with rehabilitation in head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 15 (6): 395-400.

Barrera, M.J. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3 (3): 8-13. (cit. en Tardy, 1985).

Barrera, M. J.R.(1981). Social Support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. In B. Gottlieb (Ed.) *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills. Sage. (Cit en Vaux et al; 1987)

Barrera, M.J.R., Sandler, I.N., y Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development a scale of social Support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9: 435-447.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14: 413-445. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress. En L.H. Cohe (Ed.) *Life events and psychological functioning*. Theoretical and methodological issues. London. Sage. (cit. en Gracia Fuster y cols; 1995).

Barrera, M.Jr. y Baca, L. (1990). Recipients reactions to social support: Contributions of enacted support, conflicted support, and network orientation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7: 541-551. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y Aplicaciones* Ed: Siglo Veintiuno

Barrón, A., Lozano, P. y Chacón, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En. A. Martín F. Chacón y M. Martínez (Eds.). *Psicología Comunitaria*. Madrid. Visor. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Bech, P., Rafaelson, O.J. (1980). The use of Rating Scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelson scale Melancholia Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 73 (Suppl326) : 7-28.

Bech, P., Malt, U.F., Dencker, S.J., Ahlfors, U.G. et al. (1993). Scales for assessment of diagnosis and Severity of Mental Disorders. *Acta Psychiatr Scand.*, 87: 38-39. (cit. en Tjemsland et al., 1995).

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 42: 861-865. (cit. en Northouse et al., 1995).

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 4 :561-571. (cit en Godding et al., 1995).

Behen, J.M. y Rodrigue, J.R. (1994). Predictors of coping strategies among adults with cancer. *Psychological Reports*, 74: 43-48.

Bellón Saameño, J.A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J.de Dios y Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria.*, 18.(4) Septiembre: 153-163.

Berkman, L.S. y Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-204. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Billing, A.G. y Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 139-157. (cit. en DeRidder y Schreus; 1996).

Blanchard, C.G., Albrecht, T.L., Ruckdeschel, J.C., Grand, C.H. y Hemmick, R.M. (1995). The role of social support in adaptation to cáncer and to survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13 (1/2): 75-95.

Bloom, J.R. (1982). Program planning for cancer control: from theory to action. En Cohen, J ; Cullen J.W. ; Martin, R.L. (1982). *Psychosocial Aspects of Cancer*. New York Raven Press.

Bloom, R. (1982). Social Support Systems and Cancer : A conceptual View. In : Cohen, J ; Cullen J.W. ; Martin, R.L. *Psychosocial Aspects of Cancer*. Raven Press, New York, 1982.

Bloom, J.R. y Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 19: 831-837. (cit. en Neuling y Winefield, 1988).

Bloom, J.R. (1990). The relationship of social support and health. *Soc. Sci. Med.*, 30 (5): 635-637.

Bloom, JR. y Kessler, L. (1994). Emotional support following cancer: A Test of the stigma and social activity hypothesis. Annual Meeting of the American Sociological Association. *Journal of health and Social Behavior*, 35 (2): 118-133.

Bolger, N., Foster, M., Vinokur, AD y Rosanna, N. (1996). Close relationships and adjustments to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (2): 283-294.

Bottomley, A. (1995). The Development of the Bottmley Cancer Social Support Scale. *Eur-J. Cancer-Care Engl.*, 4 (3): 127-132.

Bovard, W.W. The effects of social stimuli in the response to stress. *Psychol. Bulletin*, 66: 267-277. (cit en Ovejero, A.; 1990)

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1: Attachment*. New York. Basic Books. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2: Separation*. New York. Basic Books.
(cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol 3: Losst*. New York. Basic Books.
(cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Bramley, P.N., Easton, A. M.E., Morley, S. and Snaith, R.P.(1988). The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatr. Scand.* 77 :133-138.
- Broadhead, W.E., Kaplan,B., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, M.R., Heydem S., Tiblin, G y Gelbach, S.H. (1983). the Epidemiologic evidence for a relationships between social support and health. *American Journal of Epidemiology.* 117 (5): 521-537 (Cit en House y Khan , 1985)
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V., Kaplan, B.H.(1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire:measurement of social support in family medicine patients. *Med. Care,* 26: 709-723.
- Broadhead, W.E. y Kaplan, B.H. (1991). Social Support and the cancer patient. Implications for future research and clinical care. *Cáncer,* 1: 794-799.
- Broomfield, D., Humphris, G.M., Psychol, M.C., Fisher, S.E., Vaughan, D. et al. (1997). The orofacial cancer patient's support from the general practitioner, hospital teams, family, and friends. *Journal of cancer Education,* 12 (4): 229-232.
- Brown, G.W. y Andrews, B. (1986). Social support and depression, En M.H. Appley y R. Trumbull, *Dinamics of stress*, Nueva York, Plenum Press. (cit en Barrón, 1996).
- Brown , G.K., Wallston K.A. y Nicassio P.M (1989). Social support and depression in rheumatoid arthritis : a one-year prospective study. *Journal of Applied Social psychology,* 19: 1164-81.

Budin, WC. (1998). Psychosocial Adjustment to Breast Cancer in Unmarried Women. *Research in Nursing and Health*, 21:155-166.

Bukberg, J.B. y Holland, J.C. (1980). A prevalence study of depression in a cancer hospital population. *Proc. Am. Assoc. Cancer Research.*, 21 :382.

Bukberg, J.B., Penman, D. y Holland, J.C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*. 46 :199-212.

Burguess, C., Morris, T. y Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis II.evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatics Research*. 32: 263-272.

Burleson, B. R., Albrecht, T.L., Goldsmith, D.J. y Sarason, I.G. (1994). The communication of social support. En : B. R. Burleson, T.L. Albrecht, I.G. Sarason (Ed.) *Communication of Social Support, Messages, Interactions Relationships and Community*. London. Sage.

Cain E.H., Kohorn, E.I. y Quinlan, D.M. et al. (1983). Psychosocial reactions to the diagnosis of Gynecologic cancer. *Obstet. Gynecol*. 62 :635-641.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York. Basic Books. (cit en Diaz Veiga, 1987)

Caplan, G. (1979). Patient provider and organization: Hypothesised determinants of adherence.En S.J. Cohen eds: *New Direction in patient compliance*. Lexington. Mass Heath. (cit en Diaz Veiga, 1987)

Caro, I., Ibañez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Boletín de Psicología nº 36, Sept.:* 43-69.

Carrol, B.T., Kathol, G.R., Noyes, R., Wald, T.G. et al. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15 (2): 69-74.

Cassel, J.(1974). Psychosocial process and stress. Theoretical formulations. *International of Health Services*, 6: 471-482 (Cit en Diaz Veiga, 1987)

Cassel, J. (1976). The Contribution of the social environment to host resistance. *Ammerican Journal of Epidemiology*. 104 (2): 107-123 (Cit en Barrón., 1996)

Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M., Lander, S. (1994). The Prevalence of depression in terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgements. *Am. J. Psychiat.*, 151 :537-540

Classen, C., Koopman, C., Angell, K. y Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15: 434-437.

Cohen, J., Cullen J.W. Martin, R.L. (1982). *Psychosocial aspects of cancer*. New York Raven Press.

Cohen, S. y Hoberman, H. (1983). Positive events and social supportas buffer of life changes stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13: 99-125 (Ci en Vaux et al , 1987)

Cohen y Mckay (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En: A. Baum, J.E. Singer y S.E. Taylor (Eds.). *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, N.J.: Lea.

Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98: 310-357. (cit. en Cabanas y Chacón; 1997).

Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). *Social Support and Health*. London. Academic Press.

Cohen, S., Sherrod, D. R. y Clark, M.S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 963-973. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7: 269-297. (cit. en Gracia Fuster y cols.; 1995).

Colette, R. (1992). Positive and negative social support in a chronic illness. *Psychologica Reports*, 71: 977-978.

Colon, E.A., Callies, A.L., Popkin, M.K. y McGlave, P.B. (1991). Depressed mood and other variables related to bone marrow transplantation survival in acute leukemia. *Psychosomatics* 32 :420-425.

Conde, V. (1967). La medida de la depresión. Adaptación castellana (S.D.S.). Forma II. Protocolo de Aplicación.

Conde, V. y Franch, J. (1981). Escala para la evaluación del Apoyo Social del Department of Mental Health de California. En *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la psicopatología en trastornos ansiosos y depresivos*. (1984). Valladolid. (cit. en Morales et al., 1997).

Conn, M. K. y Peterson, C. (1989). Social support: Seek and ye shall find. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6: 345-358. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Coob, S. (1976). Social Support as a moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-310 (cit en Barrón, 1996)

Corveth, W.B. y Gottlieb, B.H. (1979). The measurement of social support and its relation to stress. *Canadian Journal of Behavioral Science.*, 11: 179-188.

Cox, T. y Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.). *Personality and Stress: individual differences in the stress process*. New York. John Wiley & Sons Ltd. (cit. en González, 1994).

Coyne, J.C. y Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support and the coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42: 401-425. (cit. en Barrón, 1996).

Cutrona, C.E. (1986). Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (1): 201-208. (cit en Barrón, 1996).

Cutrona, C.E. y Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W.H. Jones y C. Perlman (Eds.). *Advances in personal relationships*. (vol. 1). (pp. 37-67). Greenwich. JAI Press. (cit. en Grassi et al., 1997).

Cutrona, C.E. y Russell D.W. (1990). Type of social support and specific stress toward a theory of optimal matching. In B.R. Sarason, I.G. Sarason and G.R. Pierce (Eds.) *Social Support: An Interactional point of view* (pp. 319-336). New York: John Wiley. (Cit en Sarason et al ; 1994)

Courneya, K.S. y McAuley (1995). Reliability and discriminant validity of subjective norm, social support and cohesion in an exercise setting. *Journal of sport and Exercise Psychology*, 17 :325-337.

Cutrona, C.E. y Shur, J.A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviours. *Communication Research*, 19: 154-174 (Cit en Burleson et al; 1994)

Cutrona, C.E. y Shur, J.A. (1994). Social support communication in the context of marriage. An analysis of couples, supportive interactions. En : B. R. Burleson, T.L. Albrecht, I.G. Sarason (Ed.) *Communication of Social Support, Messages, Interactions Relationships and Community*. (pp.113-135) London . Sage.

Dakof, G.A. y Taylor, S.E. (1990). Victims's perceptions of soical support : What is helpful form whom ? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 80-89.

Dean, A. y Ensel, W.M. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of age and sex. *Journal of Community Psychology*, 10: 392-408. (cit. en Gracia-Fuster y cols., 1995).

Dean C. (1987). Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness. *J. Psychosomatic Research*. 31 :385-392.

De las Cuevas Castresana, C., García-Estrada Perez, A., Gonzalez de Rivera, J.L. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale y psicopatología afectiva. *An. Psiquiatría.*, 11 (4):126-130.

Derlega, V.J., Barbee, A.P. y Winstead, B.A. (1994). *Friendship, gender, and social support*. In B.R. Burleson, T.L. Albrecht y I.G. Sarason. (Eds.). (1994). *Communication of Social support. Messages, interactions, relationships, and community*. London. Sage.

De Ridder, D. y Schreus, K (1996). Coping, social support and chronic disease : a research agenda. *Psychology, Health and Medicine*. 1, (1): 71-82.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. y Covi, L. (1974). *The Hopkins Symptom Checklist: A measure of primary symptom dimensions*. Base Switzerland. Karger. (cit en Bolger et al., 1996).

Derogatis, L. (1977). *SCL-90 Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Baltimore. Johns Hopkins University Press. (cit. en Pistrang y Barker, 1995).

Derogatis, L. R. y Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, scoring and procedures Manual- I*. Towson. Clinical Psychometric Research. (cit. en Grassi et al., 1997).

Derogatis, L.R. (1983). *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale*. Baltimore. MC: Clinical Psychometric Research. (cit. en Hoskins, 1995).

Derogatis, L.R., Morrow GR., Fetting, J., Penman, D., Pisetsky, S., Schemale, A.M., Henrichs, M., Charles, L.M., Carnicke, J.R. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249 : 751-757.

Diaz Veiga. (1985). *Redes sociales y comportamiento efectivo en ancianos*. Memoria de Licenciatura (no publicada). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Diaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En : R. Fernández-Ballesteros. (Ed). *El Ambiente. Análisis Psicológico*. Pirámide. Madrid. 125-149.

Dunkel-Schetter, C. (1981). Social support and coping with cáncer. *Unpublished doctoral dissertation*. North western University. Evanston, IL. (cit. en Fife, 1994).

Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer. Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40: 77-98.

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 71-80. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Dunkel-Schetter, C. y Bennet, T.L. (1990). The availability of social support and its activation in times of stress. En I.G. Sarason, B.R. Sarason y G.R. Pierce (Eds.) *Social support an interaccional view*. New York: Wiley. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Dunkel-Schetter, C. y Bennet, T.L. (1990). Diferenciaciones the cognitive and beavioral aspects of social support. En I.G. Sarason, B.R. Sarason y G.R. Pierce (Eds.) *Social support an interaccional view*. New York: Wiley. (cit. en Burleson et al; 1994)

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E, y Falke, R.L (1992a). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*: 79-87.

Durá, E. y Garcés (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social, 6 (2)* :257-271

Durkheim, E. (1983). *Suicide: A study in Sociology*. Glencoe, Ill. The Free Press. (cit. en Gracia Fuster et al., 1995).

Eckenrode, J. (1983). The mobilization of social supports: Some individual constraints. *American Journal of Community Psychology, 11*: 509-528. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Eckenrode, J. y Wethington, E. (1990). The process and outcome of mobilizing social support. En S. Duck (Ed.). *Personal relationships and social support*. London. Sage. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Eker, D. y Arkar, H. (1994). Perceived social support: Psychometric proprieties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry-Psychich. Epidemiol., 30 (3)*: 121-126.

Ell, K.O, Nishimoto, R.H., Mantell, J.E. and Hamovitch, M.B. (1988). Psychological adaptation to cancer : a comparison among patients, spouses and nonspouses. *Family Systems Medicine, 6*: 335-348.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L. et al. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research, vol 36*: 531-541.

Ellsworth, R.B. (1981). *Profile of adaptation to life, clinical scale*. Palo Alto. CA: Consulting Psychologist Press. (cit. en Hoskins, 1995).

El Rufaie, O.E.F. y Absood, G.H. (1994). Retesting the validity of the arabic version of the Hosapital Anxiety and Depression Scale in primary health care. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 30 :26-31.

Espie, C.A., Freedlander, E., Campsie, L.M., Soutar. S.D. y Robertson, A.G. (1989) . Psycgological distress at follow-up after major surgery for intra-oral cancer. *Journal of Psychosomatics Research*, 33, (4): 441-448.

Evans D.L., McCartney, C.F. et al. (1986). Depression in women treated for Gynecological cancer : clinical and neuroendocrine assessment. *Am. J. Psychiat.* 143: 447-452.

Evans, D.R., Burns, S.R., Lidkea, D.L. y Shatford, L.A. (1980). *The development of continuous measures of health behaviors*. (Report N° 525). London, Ontario, Canada. University of Western Ontario, Department of Psychology. (cit. en Evans et al., 1993).

Evans, D.R, Thompson, A.B., Browne, G.B., Barr, R.M. y Barton, B. (1993). Factors associated with the psychological well-being of adults with acute leukemia in remission. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (2): 153-160.

Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior & Adult)*. London. Hodder and Stoughton.

Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire G.P. y Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatments policies in women with early breast cancer outside of a clinical trial. *Br. Med. J.* 301 :575-580.

Fava G.A., Pilowski, I. y Pierfederici, A. et al. (1982). Depressive symptoms and abnormal illness behaviour in general hospitals patients. *Gen. Hosp. Psychiat.* 4 : 171-178.

Feifel, H., Strack, S. y Nagy, V.T. (1987a). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine*, 49: 616-625. (cit. en Behen y Rodrigue, 1994).

Feifel, H., Strack, S. y Nagy, V.T. (1987b). Degree of Life threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research*. 31: 91-99.

Felton , B.J. , Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness : a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 343-353.

Felton , B.J., Revenson, T.A. y Hinrichsen,G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically inn adults. *Social Science and Medicine*, 18: 889-898

Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 27: 87-102.

Fife, B.L. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Soc. Sci. Med.*, 38: 2. (cit. en Fife, 1995).

Fife, B.L., Kennedy, VN y Robinson, L. (1994). Gender and adjustment to cancer: Clinical implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12 (1-2): 1-21.

Fife, B.L. (1995). The measurement of meaning in illness. *Soc. Sci. Med.*, 40 (8): 1021-1028.

Fisher, C. S. (1977). *Networks and places: Social relations in the urban setting*. New York: Free Press. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R. y Shipley, M. (1991). Social support disability and depression : a longitudinal study of Rheumatoid Arthritis. *Social Science and Medicine*, 33: 605-611

Flaherty, J.A., Gaviria, F.M. y Pathak, D.S. (1983). The measurement of social support: The social support network inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24: 521-529. (cit. en Budin, 1998).

Flamer, D. Unpublished. *The Emotional Support Index*. San Francisco. West Coast Cancer Foundation. (cit en Bloom y Kessler, 1994).

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 571-579.

Ford, S., Lewis, S., Fallowfield, L (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 39 (2): 193-200.

Fridfinnsdottir, E.B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 526-531.

Frydman, M.I. (1981). Social support, life events and psychiatric symptoms: A study of direct, conditional and interaction effects. *Social Psychiatry*, 16: 69-78. (cit. en Gracia-Fustes y cols., 1995).

Funch, D.P. y Mettlin, C. (1982). The role of support in relation to recovery from breast surgery. *Social Science Medicine*, 16: 91-98. (cit. en Evans et al., 1993).

Funch, D.P., Marshall, J.R., Gebhardt, J.P. (1986). Assessment of a short scale to measure social support. *Soc. Science and Medicine*, 23 (3): 337-344.

Gilson, B., Gilson, M.B., Bobbit, R., Kressler, S., Poland, W. y Vesselfo. M. (1975). Sickness Impact Profile: Development of an outcome measure of healthcare. *American Journal of Public Health*, 65 (11): 1304-1319. (cit. en Bloom y Kessler, 1996).

Giraldi, T., Rodan, MG., Cartei, G y Grassi, L. (1997). Psychosocial factors and breast cancer. A 6 years Italian follow-up study. *Psychotehrapy and Psychosomatics*, 66 (5): 229-236.

Glasgow, R.E. y Toobert, D.J, (1988). Social envoirement and regimen adherence among type II diabetes patients. *Diabetes Care*, 11: 377-386.

Godding, P.R., McAnulty, R.D., Wittrokc, D.A., Britt, D.M. y Khansur, T. (1995). Predictors of depression among male cancer patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (2): 95-98.

Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scale version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 :139-145.

Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A Users Guide to the General health Questionnaire*. Windsor. NFER Nelson.

Goldberg, J.A., Scott, R.N., Davidson, P.M. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur. J. Surg. Oncol.* 18 :327 :331.

González Martínez, M.T. (1994). Alteraciones Psicológicas asociadas a la Laringectomía : Ansiedad y depresión en laringectomizados totales y parciales. *Psiquis*, 15(1): 22.

González, P. (1994). Afrontamiento de la discapacidad física: un modelo causal. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. In. S.Cohen y S.L. Syme (Eds.). *Social Support and Health*. Orlando. Academic Press.

Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 10: 105-115 (cit en Vaux et al, 1987)

Gottlieb, B.H. (1981). Social networks and social support. *Studies in Community Mental Health*, 4: 304-310. (Cit en Diaz Veiga, 1987)

Gottlieb, B.H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38: 278-287. (cit. en López-Cabanas y Chacón; 1997).

Gracia Fuster, E., Herrero Olaizola, J. y Musitu Ochoa, G. (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona, PPU.

Gracia, E. y Musitu, G. (1990). Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Berjano y J.R. Bueno (Eds.). *Psicología Comunitaria*. Valencia: NAU Libres. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Grassi, L y Rosti, G. (1996). Psychiatry and psychosocial concomitants of abnormal illness behaviour in patients with cancer. *Psychother-Psychosom.*, 65 (5): 246-252.

Grassi, L., Caloro, G., Zamorani, M y Ramelli. (1997). Psychological morbidity and psychosocial variables associated with life-threatening illness: A comparative study of patients with HIV infection or can. *Psychology-Health and Medicine*, 2 (1): 29-39.

Greer, S., Morris, T. Y Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 2: 785-787. (cit. en Morales et al., 1997).

Greer, S. (1984). The Psychological dimension in cancer treatment. *Soc Science and Medicine*. 18: 4 345-349.

Greer, S. y Watson, M (1987). Mental Adjustment to Cáncer: Its measurement and prognostic importance. *Cáncer surv.*, 6: 439-453.

Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21: 43-49.

Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Soc. Sci. Med.* 28, (12): 1239-1248.

Hamer, D., Sanjeev, D., Butterworth, E. y Barczack, P. (1991). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale for psychiatric disorders in people presenting with deliberate self-Harm. *British Journal of Psychiatry*. 158: 782-784.

Hamilton, M. (1960). A rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23: 56-62.

Hamilton, M. (1959). The Assessment of anxiety states by Rating. *British Journal of Psychiatry*. 32: 50-55.

Harrison, J., Maguire, P y Pirceathly, C. (1995). Confiding in crisis: Gender differences in pattern of confiding among cancer patients. *Soc-Sci-Med.*, 41 (9): 1255-1260.

Hays, R.B. y Oxley, D. (1986). Social supports development and functioning during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 305-313. (cit en Gracia Fuster y cols., 1995).

Hegelson, V y Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer. Reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology, 15* (2): 135-148.

Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A., Burki, C., Khune, D., Rotenbuhler, M., Schaffner, L and Vallach, L (1987). Coping with breast cancer : a longitudinal prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics., 48*: 44-59.

Heitzman, C.A. y Kaplan, R.M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology, 7*: 75-109.

Heller, K. y Swindle, R.W. (1983). Social Networks, perceived social support and coping with stress. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. Moritsugu y S.S. Farber (Eds.). *Preventive Psychology: Theory, Research, and Practice in community Intervention* (pp. 87-103). New York: Pergamon Press. (cit. Cohen y Syme, 1985).

Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne D.G. y Scott, R. (1980). Measuring of social relationships: The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine, 10*: 723-734.

Hernderson, S., Byrne, D.G. y Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. New York. Academic Press. (cit. en Ell et al., 1992).

Herndon, J.E., Fleishman, S., Kornblith, A.B., Kosty, M., Green, M.R. y Holland, J. (1999). Is quality of life predictive of the survival of patients with advanced non-small cell lung carcinoma). *Cáncer, 15* (2): 333-340.

Hirsch, B.J. (1980). Natural Supports Systems and Coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology 8*, 159-172. (cit. en Vaux, 1987).

Hirsch, B., Engel-Levy, A., Du Bois, D. y Hardesty, P. (1990). The role of social environments in social support. En S. Sarason y P. Sarason (Eds.). *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley and Sons. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

- Hobfoll, S.E., Nadler, A. y Leiberman, J. (1986). Satisfaction with social support during crisis: Intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and social Psychology*, 51: 296-304. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Hobfoll, S.E. y Lerman, M. (1988). Personal relationships, personal attributes, and stress resistance: Mother's reactions to their child's illness. *American Journal of Community Psychology*, 16: 565-589. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Hobfoll, S.E. y Stokes, J.P. (1988). The processes and mechanics of social support. En S Duck (Ed.) *Personal Relationships. Theory Research and Intervention*. London Willey and Son (Cit en Durá y Garcés, 1991)
- Holland, J.,C y Rowland, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology : Psychological Care of the patient with cancer*. New York, Oxford. University Press.
- Hoopwood, P., Howell, A. y Maguire, G.P. (1984). A pilot study to evaluate the Psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer. *Br. J. Cancer*. 50 :260.
- Hoopwood, P., Howell, A. y Maguire, P (1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer : validation fo two self-reports questionnaires. *British Journal Cancer*. 64 :353-356.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjectiveness. *Psychosomatic Med.*, 41: 209. (cit. en Baider et al., 1996).
- Hoskins, C.N. (1995). Patterns of adjustment among women with breast cancer and their partners. *Psychologica Reports*. 77: 1017-1018.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, M.A. Addison Welley (Cit en Barrón, 1996)

House, J.S. y Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y L.S. Syme. (1985). *Social Support and Health*. London. Academic Press.

House, J.S., Umberson, D. y Landis, K. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14: 293-318. (cit. en Bolger et al., 1996).

Irwin, P.H. y Kramer, S. (1988). Social support and cancer: Sustained emotional support and successful adaptation. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6: 73

Jamison, K.R., Wellisch, D.K. y Pasnau, R.O. (1978). Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 135: 432-436. (cit. en Helgeson y Cohen, 1996).

Johnson, G., Burvill, P.N., Anderson, C.S. et al. (1995). Screening instruments for Depression and Anxiety following stroke: Experience in the Perth Community Stroke study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 91 :252-257.

Kadushin, C. (1982). Social density and mental health. En C. Marsen y N. Lin, (Eds.). *social structure and networks analysis*. Beverly Hills, CA: Sage. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Kaplan, B.H., Cassel, J.C. y Gore S. (1977). Social Support and Health. *Med. Care*, 15 (5) *supplement (May)*

Kaplan, H.B., Robbins, C. y Martin, S.S. (1983). Antecedents of psychological distress in young adults: Self rejection, deprivation of social support and life events. *Journal of Health and social Behavior*, 24 (3): 230-244. (cit. en Barrón, 1996).

Kathol, R.G., Mutgi, A., Williams, J., Clamon, G. y Noyes, R. (1990). Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets criteria. *Am. J. Psychiatr.*, 147(8): 1021-1024.

- Kazarian, S.S. y McCabe, S.B. (1991). Dimensions of social support in the MSPSS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications. *J Community Psychol*, 19: 150-160. (cit. en Eker y Arkar, 1994).
- Kellner, R. (1987). A Symptom Questionnaire. *J. Clin. Psychiatry*, 48: 268-274. (cit. en Giraldi et al., 1997).
- Kessler, R.C. y Essex, M. (1982). Marital status and depression: The role of coping resources. *Social Forces*, 61: 484-507. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Kessler, R.C. y McLeod, J. (1985). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 5: 620-631. (cit en Barrón, 1996).
- Khan, R.L. y Antonoucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachments roles and social support. In P.B. Baltes y O. Brim (Eds). *Life-span development and behaviour* (Vol.3) New York. Academic Press. (Cit en House y Khan, 1985)
- Klauer, T., Filipp, S.H. y Ferring, D. (1990). Development of a questionnaire for the assessment of modes of coping with severe bodily disease. (FEKB): Construction and results on reliability, stability, and validity. *German Journal of Psychology*, 14: 154-155. (cit. en Aymanns et al, 1995).
- Koproe, I.H., Rijken, M., Ros, W.J.G., Winnubst, J.A.M. y Hart, H. (1997). Available support and received support: different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (1): 59-77.
- Krishnasamy, M (1996). Social support and the patient with cancer: A consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 757-762.
- Kutner, n.G. (1987). Social ties, social support, and perceived health status among chronically disabled people. *Social Science and Medicine*, 25 : 29-34.

Laireter, A. y Baumann, U. (1992). Network structures and support functions-theoretical and empirical analysis. En H. Veiel y U. Bauman (Eds.). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere. (cit. en Garcia Fuster y cols., 1995).

Lampic C.L., Wennberg A., Schill J.E., Glimelius B., Brodin, O. Y Sjöden. (1994). Coping, psychosocial well-being and anxiety in cancer patients at follow-up visits. *Acta Oncologica*, 33(8): 887-94.

Lawton, M.P., Moss, M.S., Fulcomer, M. y Kleban, M.H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37: 91-99. (cit. en Hoskins, 1995).

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.

Lefcourt, H.M., Martin, R.A. y Saleh, W.E. (1984). Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47: 378-389. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Lemos-Giraldez, S. y Fernández-Hermida, J.R. (1990). Redes de Soporte Social y Salud. *Psicothema* 2 (2): 113-135.

Lewis, G. y Wessely, S. (1990). Comparison of the General Health Questionnaire and The Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 157: 860-864.

Lewis, G. (1991). Observer bias in the assessment of Anxiety and Depression. *Soc Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 26 :265-272

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.(1979, septiembre). Constructing social support scales. A methodological note. *Presentado a la Conference on Stress, Social Support and Schizophrenia Bulletin*, 7:73-89 (Cit en Diaz Veiga, 1987)

Lin, N., Woelfel, M.W. y Ligth, S.C. (1985). The buffering effect of Social support subsequent to an important life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (3): 247-263. (cit en Barrón, 1996).

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, y W. Ensel (Eds.), *Social Support, life events, and depression*. New York: Academic Press. (cit. en López-Cabanas y Chacón; 1997).

Lin, N. y Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54: 382-399. (cit. en López-Cabanas y Chacón; 1997).

Littlefield, C.H., Rodin, G.M., Murray M.A. y Craven , J.L. (1990). Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychology*, 9: 737-749.

López-Cabanas, M. y Chacón, F. (1997). Apoyo social, redes sociales y grupos de autoayuda. En *Intervención psicosocial y Servicios Sociales*. Madrid: Síntesis, Cap. 7.

López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J. y Sánchez, S. (1993). Apoyo social, apreciación de estrés y calidad de vida en cáncer. En León-Rubio, J.M. y Barriga Jiménez, S (Comp.). *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema.

López-Roig, S., Terol, M.C., Neipp, M.C., Leyda, J.I., Massutí, B., Picó, C. y Pastor, M.A. (1998). Assessing anxiety and depression with HAD scale in a cáncer spanish population: A preliminary validation study. *4th International Congress of Psychooncology*, Hamburgo.

Lorr, M. y McNair, D.M. (1984). *Profile of Mood States: Bipolar Form (POMS-BI)*. San Diego. Educational and Industrial Testing Service. (cit. en Pistrang y Barker, 1995).

Lowenthal, M.F. y Haven, C. (1968). Interaction and Adaptation: Intimacy is as a critical variable. *Amer. Sociol. Rev.* 33: 20-30 (Cit en Ovejero, A. 1990)

Lyons, J.S., Perrotta, P. y Hancher-Kvam, S. (1988). Perceived Social Support From Family and Friends: Measurement Across Disparate Samples. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1): 42-47.

Lynch, M.E. (1995). The Assessment and Prevalence Affective Disorders in Advanced Cancer. *Journal of Palliative Care*.11 :10-18

Maccoby, E.E. (1990). Gender and relationships: a developmental account. *American Psychologist*, 45: 513-520. (cit. en Burleson et al, 1994).

Maher, E.J., Mackenzie, C., Young, T. y Marks D. (1996). The use of The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and The QLQ-30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treat. Rev.* 22 Suppl A: 123-129.

Main, M. y Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experiences: A preliminary report. *Child Abuse and Neglect*, 8: 203-207. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Main, M., Kaplan, N. y Casidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton y E. Waters (Eds.). *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in child Development*, 50 (1-2, serial N° 209). (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Malasi, T.H., Mirza. I.A., El-Islam, M.F. (1991). Validation of The Hospital Anxiety Depression Scale in Aran patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 84 :323-326.

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.

Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, H y Kemonyn. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *J-Behav-Med.*, 20 (2): 101-125.

Manuel, G.M., Roth, S., Keefe, F.J. y Brantley, B. (1987). Coping with cancer. *Journal of Humkan Stress*, 13: 149-158.

Massie, J.M. (1989). Part IV.: Common Psychiatric Disorders and their Management: Depression. In :Holland, J.,C ; and Rowland, J.H. (Eds.). *Handbook of Psychooncology : Psychological Care of the patient with cancer* . New York, Oxford. University Press.

Mathieson, C.M., Logan-Smith, L.L., Macphee, M. y Attia, E.L. (1996). Caring for head and neck oncology patients. Does social support lead to better quality of life?. *Canadian Family Physician*, 42: 1712-1720.

Maton, K.I. (1989). Social support, organizational characteristics, psychological well-being and group appraisal in three self help group populations. *American Journal of Community Psychology*, 16 (1): 53-78. (cit. en Barrón, 1996).

Maunsell, E., Brisson, J y Deschenes, L. (1995). Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76 (4): 631-637.

McCorkle, R. y Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1: 373-378. (cit. en Budin. 1998).

Maxwell, M. (1986). *The Impact of Social networks on mortality, disease incidence, and disease progression*. Unpublished doctoral dissertation. Portland. Portland State University. (cit. en Vogt et al., 1992).

McDaniel, J.S., Musselman D.L., Porter, M.R., Reed, D.A. y Nemeroff Ch.B. (1995). Depression in Patients With Cancer : Diagnosis, Biology and Treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*. 52, Feb: 89-99.

McEvoy, N.D. y McCorkle, R. (1990). Quality of life issues in patients with insemiaded breast cancer. *Cáncer*, 15: 1416-1421.

McFarlane, A.H., Norman, G.R., Streiner, D.L., Roy, R. y Scott, D.J. (1980). A longitudinal study of the influence of the psychosocial environment on health status: A preliminary report. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 124-133. (cit. en McFarlane et al., 1981).

McFarlane, A.H., Neale, K.A., Norman, G.R., Roy, R.G. y Streiner, D.L. (1981). Methodological issues in developing a scale to Measure Social Support. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (1): 90-100.

McLahan, S., Wedemeyer, N. y Adelberg, T. (1981). Network structure, social support and psychological well-being in the single-parent family. *Journal of Marriage and the Family*, 43: 601-611. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Meenan, R.F., Gertman, P.M. y Mason, J.H. (1980). Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism*, 23 (2): 146-152. (cit. en Terol, 1993).

Meenan, R.F., Gertman, P.M., Mason, J.H. y Duanif, R. (1982). The Arthritis Impact Measurement Scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis and Rheumatism*, 25 (9): 1048-1053. (cit. en Terol, 1993).

Mestre, V., Frías García-Ros, R y Moreno, C. (1993). "Análisis psicométrico y factorial de la Escala de Apoyo Social (escolar, familiar y social) para adolescentes". *Psicológica* 14: 193-208.

Middelboe, T., Ovesen, L., Mortensen, E.L. y Bech P. (1994). Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy : A psychometric analysis. *Psychother. Psychosom* 61 :171-177

Miller, R.S. y Lefcourt, H. (1983). Social intimacy: An important moderator of stressful life events. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1): 81-97. (cit. en Barrón, 1996).

Miller, S.M. y Mangan, C.E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15: 233-236. (cit. en Vernon et., 1997).

Mishel, M. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Res.*, 30: 258-263. (cit. en Northouse et al., 1995).

Mishel, M.H. y Sorenson, D.S. (1991). Uncertainty in Gynecological cancer : a test of the mediating functions of mastery and Coping. *Nursing Research*, 40: 167-171.

Mitchell, R.E., Billing, A.G. y Moos, R. H. (1982). Social support and well-being: implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3: 77-98. (cit. en Cohen y Syme, 1985).

Moorey, S., Greer, S., Watson, M. et al. (1991). " The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression scale in oatients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158: 255-259.

Moos, G.E. (1973). *Illness, Immunity and social interaction*. New York, John Willey (Cit en Burleson et al., 1994)

Moos, R. y Moos, B. (1981). *Family Enviroment Scale Manual*. (2nd Edn.). Palo Alto, CA. Consulting Psychologists' Press. (adaptado Seisededos et al, 1989).

Moos, R.H. y Mitchell, R.E. (1982). Conceptualizing and measuring coping resoruces and processes. En: Goldberger, L.; Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.

Mor, V., Allen, M.S. et al. (1992). Determinants of need and unmet need among cancer patients residing at home. *Health Service Research*, 27 (3): 337-360.

Morales, MP., Granada, O., Guerrero, G et al. (1997). Adaptación psicológica en el cáncer de mama: Comparación entre mastectomía y cirugía conservadora. *Psiquis*, 18 (9): 25-30.

Morris, T., Greer, H.S. y White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer* 40 : 2381-2387.

Morris , T. (1986). Coping with cáncer: The positive approach. In M. Watson y S. Greer. (Eds.). *Psychological issues in malignant diseases*. (pp. 79-85. Oxford. Pergamon. (cit. en Evans et al., 1993).

Morton, R.P., Davies, A.D.M. et al. (1984). Quality of Life in treated head and neck cancer patients :a preliminary report. *Clin. Otolaryngol.* 9 :181-185.

Mumford, B.D. (1994). Can functional somatic symptoms associated with Anxiety and with Depression be differentiated ?. *Int. Journal of Methods in Psychiatric Research.* 4: 133-141.

Mumford, D.B. (1994). Can functional somatic Symptoms associated with anxiety and with depression be differentiated ?. *Int. J. of Methods in Psych. Research,* 4 :133-141.

Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Weinheim, Gernay. Beltz. (cit. en Söllner et al., 1997).

Myers, J.D., Lindenthal, J.L. y Pepper, M.P. (1975). Life Events, Social Integration and Psychiatric Symptomatology. *Journal of Health and Social Behaviour.* 16: 121-127 (cit en Ovejero, A.; 1990)

Nayani, S. (1989). The Evaluation of Psychiatric Illness in Asian patients by the Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Journal of Psychiatry,* 155: 545-547.

Neuling, S.J. y Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer : frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon, 27: 385-3292.

Newman, S.P., Fitzpatrick, R., Lamb, R. y Shipley M. (1990). Patterns of coping in Rheumaotid Arthritis,. *Psychology and Health*, 4: 187-200.

Ngan, HY., Tang, GW y Lau, O.W. (1994). Psychosocial study on Hong Kong Chinese with Gynecological cancer. *J-Psychosom-Obstet-Gynaecol.*, 15 (2): 111-117.

Norbeck, J.S., Lindsey, A.M. y Carrieri, V.L (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30 (5): 264-69

Nordin, K., Glimelius, B., Pahlamn, L. y Sjoeden, P.(1996). Anxiety depression and worry in gastrointestinal cancer patients attending medical follow-up contorl visits. *Acta Oncol.* 35 (4): 411-416.

Northouse, L.L. (1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cáncer. *Nurs. Res.*, 37: 91-95. (cit en Roberts et al, 1994).

Northouse, LL., Dorris, G., Charron, MG. (1995). Factors affecting couples adjustment to Recurrent breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 41 (1): 69-76.

Noyes, R. J. y Kathol, R.G. (1986). Depression and Cancer. *Psychiatric Development.* 2: 77-100.

Nuckolls, K.B., Cassel, J. y Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95: 431-441 (Cit en Diaz Veiga, 1987)

O' Reilly, P. (1988). Methodological Issues in Social Support and Social Network Research. *Social Science Medicine*, 26 (8): 863-873.

Orth-Gomer, K. y Uden, A.L. (1990). Type A behavior, social support and coronary risk: Interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52: 59-72 (cit. en Barrón, 1996).

Ovejero A. (1990). *Apoyo Social y Salud*. En: Barriga, S. y León, J.M: *Psicología de la Salud* (pgs. 107-34) Ed: Sedal

Padilla, G.V., Presant, C., Grant, M.M., Metter, G., Lipsett, J. y Heide, F. (1983). Quality of life index for patients with cáncer. *Res. Nurs. Health*, 6: 117-126. (cit en Godding et al, 1995).

Parker, G., Brown, L. y Blignault, I. (1986). Coping Behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Arch Gen psychiatry*, 43: 561-565. (cit. en Morales et al., 1997).

Parker, G. y Barnett, B. (1987). A test of the social support hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 150: 72-77. (cit en Barrón, 1996).

Parker, J.D.A. y Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *European Journal of Personality*, 6: 321-344. (cit. en DeRidder y Schreus; 1996).

Pastor, M.A. (1992). *El papel de los factores psicosociales en la fibromialgia*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.

Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Salas, E., Sánchez, S. y Terol, M.C. (1993). Apoyo social y experiencia de dolor crónico: El caso de los enfermos con fibromialgia. En León-Rubio, J.M. y Barriga Jiménez, S (Comp.). *Psicología de la Salud*. Sevilla: Eudema.

Pattison, E. (1977). A theoretical –empirical base for social system therapy. In E. Feulks, R.M. Wintrob, J. Westermeyer y A.R. Favazza (Eds.). *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*. New York Spectrum (Cit en Vaux et al; 1987)

- Pattison, E.M.; Llamas, R. y Hurd, G. (1991). Social network mediation of anxiety. *Psychiatry Annals*, 9: 56-67. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).
- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 2-21.
- Pearlin, L.I. (1985). Social Structure and Processes of Social Support. En Cohen S. y Syme, S.L. *Social Support and Health*. pp. 43-60. London. Academic Press.
- Pennix, BW., Van-Tilburg, T., Boeke, AJ., Deeg, DJ et al. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms. *Health Psychology*, 17 (6): 551-558.
- Petr-Golden, H. (1982). Breast cáncer: varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science and Medicine*, 16: 483-491. (cit. en Cohen y Syme, 1985).
- Pilowsky, I., Murrell, T.G.C. y Gordon, A. (1978). The development of a screening method for abnormal illness behavior. *J. Psychosom. Res.*, 23: 203-207. (cit en Grassi y Rosti, 1996).
- Pinder, K.L., Ramirez, M, Black, E., Rochards, M.A., Gregory, W.M., Rubens, R.D. (1993). Psychiatric disorders in patients with advanced breast cancer : prevalence and associated features. *Eur. J. Cancer* 29 (Suppl. A) :524-527
- Pistrang, N y Barker, C. (1995). The Partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 40 (6): 789-797.
- Plumb, MM., Holland J. (1981). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II Interviewer rater current and past psychological symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 43 : 243- 254.

Procidiano, M.E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1): 1-24.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the general Population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401. (cit. Vaux et al, 1986).

Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques C. y Robaye, E. (1990). Screening fo adjustment disorders and major depressive disorders in cancer inpatients. *Br. J. Psychiat.* 156 :79-83.

Revenson, t.A., Wollman, C.A. y Felton, B.J. (1983). Social supports as a stress buffers for adult cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 45: 321-331. (cit. en Evans et al., 1993).

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 tp depression among rheumtoid asthritis patients . *Social Science and Medicine*. 33: 807-813.

Revenson T.A. (1992). "Illness Specific Social Support Scale". Enviada por cortesía del autor.

Reynolds, P., Boyd, PT., Blacklow, RS., Jackson, J.S. et al. (1994). The Relationship Between Social Ties and Survival among Black and White Breast Cancer Patients. National Cancer Institute Black/White Cancer Survivel S. *Cancer-Epidemiol-Biomarkers-Prev.*, 3 (3): 253-259.

Roberts, C.S., Cox, CHE., Reintgen, DS., Baule, WF y Gilberhni, M. (1994). Influence of psysician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74: 336-341.

Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. y Pastor, M.A. (1989). *Escala de apoyo percibido en marcos de cuidado de salud*. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

Rodríguez-Marín, J. (1992). Afrontamiento, apoyo social, y calidad de vida en enfermos crónicos, *Psicothema* (en prensa).

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid. Síntesis.

Rook, K.S. (1983). *Social support, loneliness, and social isolation* (Technical Advisory Report). Office of Prevention, National Institute of Mental Health. (cit en Cohen y Syme, 1985).

Russell, D., Peplau, L.A. y Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Per. Soc. Psychol.*, 39: 472-480. (cit. en Vazquez-Morejon et al, 1997).

Russell, D.W. y Cutrona, C.E. (1984). The provisions of social relationships and adaptation to stress. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association. Anaheim, CA. (cit. en Komproe et al., 1997).

Rook, K.S. (1983). *Social support, loneliness, and social isolation* (Technical Advisory Report). Office of Prevention, National Institute of Mental Health. (cit. en Cohen y Syme, 1985).

Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent Self-Image*. Pricenton. Pricenton University Press. (cit en Neuling y Winefield, 1988).

Russell, D., Pepalu, L.A. y Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39: 472-480. (cit. en Giraldi et al., 1997).

Sandler, I.N. y Lakey, B. (1982). Locus of control as stress moderatos: the role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10: 65-80. (cit. en Gracia Fuster y cols., 1995).

Sarason, I.G., Levine, H.M., Bashman, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the Social support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44: 127-139.

Sarason, B.R., Shearin, E.N. Pierce, G.R. y Sarason I.G. (1987). Interrelationships among social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 813-832. (Cit en Burleson et al; 1994)

Sarason, B.R., Pierce, G.R. y Sarason. I.G. (1990). The sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason, I.G. Sarason, and G.I Pierce (Eds.) *Social Support: An interactional point of view* (pp 97-128). New York . John Willey.

Saranson, I.G., Saranson, B.R. y Pierce G.R (1990). Social Support: the search for the Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9: 133-147.

Sarason, I.G., Sarason, B.R. y Pierce G.R. (1994). Toward a model for the analysis of supportive interactions. In. Burleson, B. R.; Albrecht; T.L. ; Sarason, I.G (Ed.) *Communication of Social Support, Messages, Interactions Relationships and Community*. (pp 91-113) London. Sage.

Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (4): 381-406. (cit. en Barrón, 1996).

Schag, C.C., Heinrich, R.L. y Ganz, P.A. (1983). Cancer inventory of problems situations: An instrument for assessing cancer Patient's rehabilitation needs. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1: 11-24.

Schag, C.C. y Heinrich, R.L. (1988). *Cancer Rehabilitation and Evaluation System Manual*. Santa Monica, CA. Cares Consultants. (cit. en Manne et al., 1997).

Schag, C.C. y Heinrich, R.L. (1989). Anxiety in medical situations : Adult cancer patients. *Journal of Clinical Psychology*, 45, (1): 20-27

Schawrzner, R. y Leppin, A. (1991). Social support and health : a theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8: 99-127. (cit. en Komproe, 1997)

Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. y Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cáncer patients: the functional living Index- Cáncer: development and validation. *J. Clin. Oncol.*, 2: 472-785.

Schnoll, R.A., Harlow, L.L. et al. (1998). A Structural model of the relationships among stage of disease, age, coping, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*, 7: 69-77.

Schumaker, S.A. y Brownell, A. (1984). "Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 49, 4: 11-36. (Cit en Durá, 1991)

Schulz, R. y Rau, M.T. (1985). Social support through the life course. En S. Cohen y S.L. Syme (Eds.). *Social support and health*. New York. Academic Press.

Seeman, T.E. y Berkman, L.F. (1988). Structural characteristics of social network and the relationships with social support in the elderly: Who provides support. *Social Science and Medicine*, 26:737-749 (Cit en Burleson et al ; 1994)

Seisdedos et al. (1989). Escala de Clima familiar. Madrid. TEA.

Shinn, M., Lehman, S. y Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*, 40: 55-76. (cit en Gracia Fuster y cols., 1995).

Siegel, K. (1983). Research issues in psychosocial oncology. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1 (1): 101-104. (cit en Irwin y Kramer, 1989).

Silliman, RA., Dukes, KA., Sullivan, LM y Kaplan, SH. (1998). Breast cancer care in older women: Sources of information, social support, and emotional health outcomes. *Cancer*, 83 (4): 706-711.

Silverstone, P.H. (1994). Poor efficacy of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the diagnosis of major depressive disorders in both medical and psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 38, (5): 441-450.

Slevin, ML., Nichols, SE., Downer, SM., Wilson, P et al. (1996). Emotional support for Cancer Patients: What do Patients Really Want?. *British Journal of Cancer*, 74: 1275-1279.

Söllner, W., Zingg-Schir, M., Rumpold, G. y Fritsch, P. (1997). Attitude toward alternative therapy, compliance with standard treatment, and need for emotional support in patients with melanoma. *Archives of Dermatology*, 133: 316-321.

Söllner, W., Zingg-Schir, M., Rumpold, G., Mairinger, G. y Fritsch, P. (1997). Need for supportive counselling the professionals' versus the patients's perspective. *Psychoter Psychosom*, 451: 1-17.

Spiegel, D., Sands, S., Koopman, C.H. (1994). Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 74 :2570-8.

Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Semin. Oncol.*, 24 (suppl 1): 36-47.

Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California. Consulting Psychologists Press. (cit. en Neuling y Winefield, 1988).

Spirito, A., Ruggiero, L., Bowen A., McGarvey, S.T. Bond, A. y Couston D. (1991). Stress, coping and social support as mediators of the emotional status of women with gestational diabetes. *Psychology and Health*, 5: 111-120.

Spitzer, R., Edicott, J., Mesnikoff, A. y Cohen, G. (1968). *Psychiatric Evaluation Form*. New York. State Psychiatric Institute. (cit en Bloom y Kessler, 1996).

Stansfeld, S. y Marmot, M. (1992). Deriving a survey measure of social support: The Reliability and Validity of the Close Persons Questionnaire. *So. Sci. Med.*, 35 (8): 1027-1035.

Stavrakiki, C.H. y Vargo B (1986). The Relationships of anxiety and depression : A Review of the Literature. *British Journal of Psychiatry*,. 149, 7-16.

Strittmatter, G. (1995). Die Veränderung der lebensqualität durch psychoonkologische betreuung bei patienten mit haut- und gesichtstumore. *Aktuelle Onkol.* 82: 243-250. (cit en Söllner et a., 1997).

Suls, J. (1982). Social support, interpersonal relations, and health: Benefits and liabilities. En G Sanders, J Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.

Surtees, P.G. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Soc. Psychiatry*, 15: 71-80. (cit en Grassi y Rosti, 1996).

Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York. Ballantine. (cit. en Burleson et al, 1994).

Tardy, CH.H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2):187-202.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R. y Wood, J.v. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 489-502.

Taylor, S.E. y Dakoff, G. A. (1988). Social support and the cancer patient, In : S Spacapan y S. Oskamp (Eds.) *The Social Psychology of Health*, 95-116 (Westport Praeger, Publisher)

TEA Eds (1982). *Cuestionario de Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid

Tejero Pociello, A., Guimerá Querol, J.M., Farré Marti y Peri, J.M. (1986). Uso Clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población Psiquiátrica : Un estudio de sensibilidad , fiabilidad, y validez. Dpto. Psiquiatría. *Facultad Medicina*, 13: 5 232-238.

Terol, MC. (1993). *Afrontamiento y apoyo social en la enfermedad crónica*. Memoria de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Terol, M.C., Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., Martín-Aragón, M. y Pastor, M.A. (1997). The Hospital anxiety and depression scale. Psychometric properties in a spanish sample. *11th Conference of the European health Psychology Society*. Burdeos, Francia.

Thoits, P.A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23: 145-159. (cit en López-Cabanas y Chacón; 1997).

Thoits, P.A. (1985). Social support and psychological well-being. Theoretical possibilities. En I.G. Saranson y B.R.Saranson: *Social Support: Theory, Research and Application*. Boston Martinus Nijhoff. (Cit en Barrón, 1996)

Thoits, P.A (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 54: 416-423.

Thompson, E.H. y Pleck, J.H. (1987). The structure of male role norms. In M.S. Kimmel (Ed.). *Changing men: New directions in research on men and masculinity* (pp. 25-36. Newbury Park, CA. Sage. (cit. en Burleson et al, 1994).

Tejmsland, L., Soreide, J.A. y Malt, U.F. (1995). Psychosocial factors in women with operable breast cancer. An association to estrogen receptor status?. *Journal of Psychosomatics Research*, 39 (7): 875-881.

Toledo, M., Pascual, A. y Barreto, P. (1993). Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC para Cáncer de Mama. *Rev. De Psicología de la Salud*, 5: 29-45

Tolsdorf, C. (1976). Social Networks Support and Coping: An exploratory study. *Family Process*, 15: 407-417. (Cit en Vaux et al; 1987)

Tope, D.M., Ahles, T.A. y Silberfarb, P.M. (1993). Psycho-oncology: Psychological Well-Being as one component of Quality of Life. *Psychother Psychosom*, 60: 129-147.

Turner, J.C. y Tenhoo, W. J.(1978). The MINH Community support program.pilot approach to a needed social reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4: 319-348. (Cit en Diaz Veiga, 1987)

Turner, R.J. (1983). Direct indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. En H.B. Kaplan. *Psychosocial stress: Trends and theory and research*. Nueva York, Academic Press. (cit. en Barrón, 1996).

Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. y Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology*, 14 (2): 195-219.

Vaux. A. (1987). Appraisals of Social Support: Love, Respect, and Involvement. *Journal of Community Psychology*, 15: 493-502.

Vaux, A., Riedel, S. y Stewart, D (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviours (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, (2): 209-237

Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory Research an Intervention*. Nueva York. Prager. (Cit en Barrón, 1996)

Vázquez-Morejón, A.J. y García- Bóveda R.J. (1997). "The MANNHEIM interview on social support :Psychometric Characteristics of a Spanish version". *Soc Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 32 :208-214.

Veiel, H.O.F., Brill, G., Hafner, H. Y Welz, R. (1988). The social support of suicide attempters: the different roles of family and of friends. *American Journal of Community Psychology*, 16 (6): 839-862. (cit. en Barrón, 1996).

Veiel, H.O.F. (1990). The Manheimm Interview on Social Support. Reliability and Validity data from three samples. *Soc. Psych. and Psych. Epidemiology*. 25 :250-259

Velikova, G., Selby, P.J., Snaith , P.R. y Kirby, P.G. (1995). The Reltionship of cancer pain to anxiety. *Psychotherapy and Psychosomatics* 63 (3-4): 181-184.

Vernon, SW., Gritz, ER., Peterson, SK et al. (1997). Correlates of psychologic distress in colorectal cancer patients undergoing genetic testing for hereditary colon cancer. *Health-Psychol.*, 16 (1): 73-86.

Viet, C. y Ware, J.Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, 51: 730-742. (cit. en Ell et al., 1992).

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. y Becker, J. (1985). The ways of Coping Checcklist: Revision and Psychometric Proprieties. *Multivariate Behavioral Research*, 20: 3-26.

Vogt, TM., Mulloay, JP., Ernst, A., Pope, CR y Hollis, SF. (1992). Social Networks as Predictors of Ischemic Heart Disease, Cancer, Stroke and hypertension: Incidence, Survival and Mortality. *J-Clin-Epidemiol.*, 45 (6): 659-666.

Wagner, M.K. y Armstrong, D. (1995). Cognitive determinants of quality of life after onset of cancer. *Psychological Reports*, 77: 147-154.

Walker, B.L., Nail, L.M., Larsen, L., Magill, J. y Schwartz, A. (1996). Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *ONF*, 23 (8): 1181-1187.

Ward (1985). Evaluación del apoyo social. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) *El ambiente, Análisis Psicológico*. Madrid. Pirámide. (cit. en Diaz Veiga, 1987).

Ware, J. (1976). *The Conceptualization and Measurement of Health for Policy Relevant Research in medical care delivery*. Boston. AAAS. (cit en Bloom y Kessler, 1996).

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The SF-36 Short-Form Health Status Survey: I. Conceptual Framework and item selection. *Med Care*, 30: 473-783. (cit. en Silliman et al., 1998).

Warren, S., Warren , K. y Cockerill, R. (1991). Emotional stress and coping in multiple sclerossi (MS) exacerbations. *Journal of Psychosomatic Research*, 35: 37-47.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cáncer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18: 203-209.

Watson, M., Greer, S., Rowden , L., Gorman, C.H., Robertson, B., Bliss, J.M. y Tunmore, R. (1991). Relationships betwwen emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological , Medicine*, 21: 51-57.

Waxler-Morrison, N., Hislop, TR., Mears, B y Rau, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: A prospective study. *Soc. Sci. Med.*, 33 (2): 177-183.

Weddington, W.W., Segraves, K.B. y Simon, M.A. (1986). Current and lifetime incidence of Psychiatric disorders among a group of extremity sarcoma survivors. *J. Psychosomatic Research*. 30 :121-125.

Weinberger, M., Tierney, W.M., Booher, P. y Hiner, S.L. (1990). Social Support stress and Functional status in patients with osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 30: 503-508.

Weinert, C.A. (1988). A social support measure: PRQ85. *Nurs. Res.*, 36: 273-277. (cit en Baker, 1992).

Weisman, M.M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archs gen. Psychiat.*, 33: 1111-1115. (cit. en Zemore y Shepel, 1989).

Weisman A.D. y Worden , J.W. (1976-77). The existencial plight in cancer : significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 7: 1-15.

Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 208-229. (cit en Gracia Fuster y cols., 1995).

Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Healht and Social Behavior*, 26: 352-364. (cit. en López-Cabanas y Chacón; 1997).

Wheeler, L., Reis, H. Y Nezelek, J. (1983). Loneliness, social interactions, and sex roles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45: 943-953. (cit. en Burleson et al, 1994).

Whetington, E. y Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27 (1): 78-89. (cit. en Barrón, 1996).

Williams, A.W., Ware, Jr. E. y Donald, C.A. (1981). A Model of Mental Health, Life events, and Social supports applicable to General Populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 324-336. (cit. en Cohen y Syme, 1985).

Wills, T.A. (1985). Supportive Functions of Interpersonal Relationships. En: Cohen y Syme. *Social Support and Health*. Academic Press. London.

Wills, T., Weiss, R. y Patterson, G. (1974). A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 802-811. (cit. en Burleson, 1994).

Winemiller, D.R., Mitchell, M.E., Sutliff, J. y Cline, D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, September 1993, 49, (5)

Wood, Y.R. (1984). Social support and social networks: Nature and measurement. En P. McReynolds (Ed.). *Advances in Psychological Assessment*. San Francisco. Jossey Bass. (Cit en Diaz Veiga, 1987)

Wortman, C.B. (1984). Social support and the cancer Patient: Conceptual and methodological Issues. *Supplement to Cancer*, 53: 2339-2360. (cit. en Ngan et al, 1994).

Wortman, C.B. y Conway, T.L. (1984). Cit. en Ovejero A (1987): *Psicología Social de la Salud*. Cap. 5 121-158. Universidad de Oviedo.

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.). (1985). *Social support and Health*. London. Academic Press.

Yancey, W. (1971). Architecture, interaction, and social control: The case of large scale public housing project. *Environment and Behavior*, 3: 3-22. (cit en Gracia Fuster y cols., 1995).

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 67 :361-370.

Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Wekman, S. y Berkoff, K.A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 55: 610-617. (cit. en Eker y Arkar, 1994).

Zemore, R y Shepel, LF. (1989). Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Soc. Sci. Med.*, 28 (1): 19-27.

Zerssen, D. (1976). *Die Befindlichkeitsskala*. Weinheim. Beltz. (cit. en Aymanns et al., 1995).

