

Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con insuficiencia renal crónica¹

Psychometric properties of the Health Social Support Scale in patients with chronic renal failure

Armando Rivera Ledesma², María Montero-López Lena³
y Rosalba Sandoval Ávila⁴

RESUMEN

La presente investigación tuvo el objetivo de explorar las cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en una muestra de 83 pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria. La investigación se llevó a cabo en la unidad de diálisis de un hospital perteneciente al sistema de salud gubernamental en la Ciudad de México. Tras un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y valores Eigen mayores a 1, se obtuvo una estructura compuesta por tres factores que explicó 88.7% de la varianza con una consistencia interna alfa de .96. La escala reúne evidencia acerca de su validez concurrente y establece valores normativos para el grupo de referencia. Se exploran las relaciones existentes entre la escala y la calidad de vida y el afrontamiento ante situaciones de estrés. Adicionalmente, se propone este instrumento como una medida del grado de eficiencia percibida por parte del paciente acerca del personal de salud.

Palabras clave: Soporte social; Diabetes; Diálisis peritoneal; Adherencia; Calidad de vida; Afrontamiento.

ABSTRACT

This research aimed to explore the psychometric qualities of the Social Support Scale of Health on a sample of 83 diabetic patients with chronic renal failure treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. The investigation was carried out in the dialysis unit of a general hospital pertaining to the government's system of health in Mexico City. After a principal component factor analysis with varimax rotation and Eigen values greater than 1, it was obtained a structure composed of three factors that explained 88.7% of the variance with an alpha internal consistency of .96. The scale gathers evidence about the concurrent validity and establishes normative values for the reference group. It explores the relationship between it and quality of life and coping in stressful situations. Additionally, this instrument is proposed as a measure of perceived efficiency with regard to health personnel.

Key words: Social support; Diabetes; Peritoneal dialysis; Adherence; Quality of life; Coping.

¹ Los autores agradecen el apoyo de la Sra. Consuelo Ledesma Galindo, bajo cuya influencia se desarrolló este proyecto, así como a los pacientes que contribuyeron al logro del mismo.

² Coordinación de Investigación y Producción Científica de la Universidad de Londres, Tabasco 329, Col. Roma, México, D.F., tel. (55)52-07-74-05, correo electrónico: armandoriveral@hotmail.com. Artículo recibido el 15 de julio de 2010 y aceptado el 4 de febrero de 2011.

³ Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México, D.F., tel. (55)56-22-05-55, ext. 41190, correo electrónico: monterol@servidor.unam.mx.

⁴ Jefatura de Trabajo Social del Hospital General de Zona No. 8, Instituto Mexicano del Seguro Social, Río Magdalena No. 289, Col. Tizapan, San Ángel, México, D.F., tel. (55)55-50-64-22, ext. 27310, correo electrónico: rosalba.sandoval@imss.gob.mx.

ANTECEDENTES

La insuficiencia renal crónica, a menudo consecuente a la diabetes, puede hacer necesario someter al paciente a un tratamiento de diálisis peritoneal, procedimiento que suele provocar desgaste físico y emocional, dependencia y un intenso estrés (Ruiz de Gauna, Minguela, Ocharán, Gimeno y Chena, 2008) que a la larga repercuten en el ámbito personal y social tanto del paciente como de su cuidador primario (Vega y González, 2009). Dado lo anterior, es importante trabajar sobre los procesos de adaptación a la enfermedad con el propósito de lograr una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Al respecto, se ha destacado el importante papel del soporte social como una variable positiva (Lemos y Fernández, 1990; Vega y González, 2009). La mera existencia de una red social no supone, sin embargo, soporte social; este último implica una red social que, tal como afirman Lemos y Fernández (1990), proporciona “asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc.”. Se ha sugerido asimismo que el soporte social puede caracterizarse por el tipo de apoyo que proporciona; así, se ha destacado el de tipo instrumental o emocional, para la solución de problemas y para orientación (Chappell, 1991). Parece existir cierto grado de acuerdo respecto a que el soporte social puede ser entendido como cualquier tipo de apoyo sistemático ofrecido por grupos o personas con efectos positivos para el receptor (Da Silva, Melo y Castanheira, 2008), esencialmente en el nivel emocional. Su influencia sobre el bienestar psicológico de las personas ha sido documentada por Barrón y Chacón (1990) y Herrero y Musitu (1998), entre muchos otros.

Algunas investigaciones han demostrado que una buena comunicación entre el profesional y el paciente tiene efectos benéficos en la salud física y psicológica de este último en virtud de que mejora la confianza y favorece el compromiso consecuente con el tratamiento (Bascuñán, 2005). En efecto, la habilidad comunicativa del personal de salud forma parte importante del proceso de toma

de decisiones en el diagnóstico y tratamiento del paciente (Garrafa y Albuquerque, 2001). En un trabajo realizado por Bolaños y Sarría (2003), los pacientes con diabetes tipo 2 señalaron dos aspectos que ayudaron en el proceso de afrontamiento de la enfermedad: la información proporcionada por el médico y la confianza establecida con este, concluyéndose que la confianza es el centro de la relación entre el médico y el paciente y que tal variable parece estar relacionada con las habilidades del profesional para crear una atmósfera de comprensión y aceptación para el enfermo.

Respecto a las personas con insuficiencia renal crónica, se ha señalado que las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes en tratamiento sustitutivo suelen ser muy diferentes según se trate de la diálisis peritoneal o de la hemodiálisis. En el primer caso, los pacientes son más activos y parecen implicarse más en su tratamiento, lo cual parece hacer más cercana la relación con el personal de salud y favorecer una mayor calidad en el tratamiento de estos casos que en los de hemodiálisis (Ruiz de Gauna y cols., 2008). Este soporte social de salud puede actuar como un importante amortiguador del intenso estrés que supone el proceso de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), como ha sido ampliamente reconocido a partir de la hipótesis del efecto de amortiguación (Cutrona, 1986; Gómez, Pérez y Vila, 2001; Gore y Aseltine, 1995; Lakey y Heller, 1988; Sandín, 2003).

De acuerdo con lo planteado, es posible apreciar la importancia de contar con instrumentos validados en el contexto latinoamericano que permitan la medición efectiva del soporte social de salud percibido en los profesionales implicados en la atención de pacientes en instituciones gubernamentales. Al optimizar la evaluación del apoyo percibido por el paciente, es posible prever el mejoramiento de los servicios de salud y de los recursos humanos y materiales. Así, el objetivo del presente trabajo fue evaluar las propiedades psicométricas de una escala de soporte social percibido y determinar los factores asociados a dicho constructo en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.

MÉTODO

Muestra

Se tomó una muestra no probabilística elegida por disponibilidad de la Unidad de Diálisis Peritoneal de un hospital gubernamental de la Ciudad de México⁵ compuesta de 83 pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con DPCA; 25.2% de un total aproximado de 330 pacientes en tratamiento en el periodo de desarrollo de la investigación; los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1. Sujetos alfabetos; 2. Sin problemas de ceguera, sordera o mudez; 3. Sin deterioro cognitivo evidente o severo; 4. Consentimiento informado de participación en la investigación; 5. Estar en DPCA con antigüedad mínima de 2 meses, y 6. Causa de la insuficiencia renal crónica documentada en expediente: diabetes. Así, 51.9% (43) fueron mujeres; la edad media general fue de 53.5 años (DE = 15.3); hombres, 54.8 (DE = 13.3), mujeres, 52.2 años (DE = 17.1). El 69.9% (58) fueron casados; 81.9% (68) trabajaban; 56.6% (47) vivía con su pareja e hijos y 19.3% (16) sólo con su pareja; 45.8% (38) tenían sólo la primaria cursada, 26.5% (22) secundaria y 16.9% (14) la preparatoria.

Instrumentos

- *Escala de Soporte Social de Salud* (ESSS) (Rivera, Montero y Sandoval (en prensa). Objeto del presente estudio, fue estructurada con base en la percepción presente en el paciente en proceso de diálisis acerca del apoyo que recibe por parte de médicos, enfermeras y trabajadores sociales en cuatro áreas básicas: dudas respecto a los padecimientos, necesidad de hablar con franqueza sobre los mismos, expresión de sentimientos respecto a las dolencias y disponibilidad del apoyo a la salud. La escala original incluyó doce ítems (cuatro para cada profesional de la salud). Cada reactivo se contesta en una escala Likert de cuatro opciones, con puntajes de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima para cada profesional y para la escala completa son de 0 a 12 y de 0 a 36, respectivamente. En el

presente estudio se logró confirmar la estructura propuesta para el instrumento con una consistencia interna general alfa de .96.

- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff, 1977; cfr. también Medina-Mora, Rascón, Tapia y cols., 1992; Montero-López, 1998). Su consistencia interna reporta valores alfa de .89 en adultos mayores y de .93 en la población general.

- *Inventario de Ansiedad de Beck* (IAB). (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Su consistencia interna alfa de Cronbach es de .89.

- *Escala de Soledad en el Adulto Mayor* (IMSOL-AM) (Montero-López y Rivera, 2009). Instrumento que tiene un índice alfa de .89.

- *Hunter Opinions and Personal Expectations Scale* (HOPES) (Nunn, Lewin, Walton y Carr, 1996; Rivera y Montero-López, 2007). Se tomó de este instrumento la subescala de desesperanza, que incluye siete ítems con consistencia interna de .84 .

- *Escala de Actividades de la Vida Diaria* (AVD) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffee, 1963; Martínez, Del Ángel, Enríquez y cols., 2007). Instrumento con una consistencia interna de .91.

- *Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria* (AIVD) (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969). Instrumento con una consistencia interna de .93.

- *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975; Ostrosky, López y Ardila, 1999). Escala con una especificidad de 86.3% y sensibilidad de 86.3%.

- *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés* (CAE) (Sandín y Chorot, 2003). Esta escala fue adaptada a México en una muestra de pacientes diabéticos en diálisis peritoneal por Rivera y cols. (en prensa). La escala replicó la mayor parte de la estructura factorial original con una consistencia interna alfa de entre .67 y .83.

- *Escala de Soporte Social Percibido* (ESSP) (Tagaya, Okuno, Tamura y Davis, 2006). Adaptada a México en una muestra de pacientes diabéticos en diálisis peritoneal por Rivera y cols. (en prensa), obtuvo aquí una consistencia interna alfa de .75.

- *Cuestionario de Salud* (MOS SF-36) (Ware, Show, Kosinski y Gandek, 1993; Alonso, Prieto y Antó, 1995). Alfa de .92.

⁵ Por razones éticas se omite el nombre de la institución en donde se llevó a cabo esta investigación. Este queda a disposición de los interesados mediante comunicación con los autores.

• *WHOQoL-Brief* (The World Health Organization Quality of Life Assessment, Brief. (World Health Organization, 1996, 1997, 1998; González y Sánchez-Sosa, 2002). Instrumento con una consistencia interna de .85.

Procedimiento

Se trató de un estudio transversal y descriptivo-correlacional. Los sujetos fueron seleccionados por disponibilidad según se presentaban en la unidad de diálisis para una revisión de rutina o para el suministro de medicamentos. A cada sujeto se le explicaba el objetivo de la investigación (conocer la situación emocional y funcional de los pacientes en DPCA); si asentían a participar en ella, se les solicitaba su consentimiento informado y se daba inicio a la satisfacción de distintas preguntas sociodemográficas mediante entrevista dirigida, se evaluaba su estado cognitivo mediante el MMSE (Folstein y cols., 1975), según la versión explorada por Ostrosky y cols. (1999), y su estado funcional con la AVD (Katz y cols., 1963) y la AIVD (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969). Los pacientes con alteraciones cognitivas o con disfuncionalidad significativa (v. gr. problemas significativos de visión o audición, analfabetos, etc.) fueron descartados.

Los pacientes con una funcionalidad conservada eran seleccionados para la investigación entregándoles un amplio cuestionario diseñado para

ser contestado en su hogar a lo largo de tres sesiones de aproximadamente 30 minutos cada una. El cuestionario incluyó escalas de soporte social para evaluar la validez concurrente de la ESSS, además de otros instrumentos considerados para determinar los factores que podrían estar asociados al soporte social de salud.

Los instrumentos fueron recuperados casi por regla general a la semana siguiente. Una vez que los cuestionarios fueron devueltos, se capturó y analizó la información en el sistema PASW Statistics 18. Además de la estimación de estadísticos descriptivos, se procedió al análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax y valores Eigen mayores a 1; las asociaciones entre variables se estimaron mediante la *r* de Pearson. Se practicó un análisis de varianza de una sola vía utilizando las formulas de Tukey o de Games-Howell, según hubiese o no homocedasticidad. El nivel de significancia asumido fue de .05.

RESULTADOS

Se analizó la estructura factorial de la ESSS por el método de componentes principales con rotación varimax y valores Eigen mayores a 1. La estructura resultante confirmó la inicialmente propuesta, con una adecuada consistencia interna general y para cada uno de los tres factores resultantes (Tabla 1).

Tabla 1. Estructura factorial y consistencia interna alfa de la ESSS en pacientes y cuidadores primarios (N = 83).

FACTORES	Pacientes
TRABAJO SOCIAL	
Alfa:	.97
Varianza explicada:	68.7%
12. ¿Siente usted que puede contar con su trabajadora social siempre que la necesite?	.885
09. ¿Cree contar con el sincero apoyo de alguna trabajadora social que le asesore acerca de los procedimientos, requerimientos y/o derechos que usted tiene como paciente?	.873
10. ¿Cree contar con alguna trabajadora social con la cual poder hablar con toda sinceridad acerca de cosas que le preocupan, relacionadas con sus padecimientos?	.870
11. ¿Cree contar con alguna trabajadora social con la cual poder expresar sus sentimientos respecto a sus dolencias?	.863
ENFERMERAS	
Alfa:	.96
Varianza explicada:	11.4%
06. ¿Cree contar con alguna enfermera con la cual pueda hablar tan francamente como quiera o necesite, sobre sus padecimientos?	.854
05. ¿Cree contar con alguna enfermera que con toda confianza, aceptación y afecto, atienda sus dolencias?	.832
08. ¿Siente usted que puede contar con su o sus enfermeras siempre que las necesite?	.832
07. ¿Cree contar con alguna enfermera con la cual poder expresar sus sentimientos respecto a sus dolencias?	.825

Continúa...

MÉDICOS	
Alfa:	8.6
Varianza explicada:	.92%
02. ¿Cree contar con algún médico con el cual pueda hablar tan francamente como quiera o necesite, sobre sus padecimientos?	.860
03. ¿Cree contar con algún médico con el cual poder expresar sus sentimientos respecto a sus dolencias?	.842
01. ¿Cree contar con algún médico que con todo interés y/o comprensión atienda sus dudas respecto a sus padecimientos?	.780
04. ¿Siente usted que puede contar con su(s) médico(s) siempre que lo necesite?	.745
Alfa total:	.96
Varianza explicada total:	88.7%

A fin de aportar evidencia sobre la validez concurrente de la ESSS, se evaluó su asociación con la ESSP (Tagaya y cols., 2006) y con la subescala de apoyo social del CAE (Sandín y Chorot, 2003). Las correlaciones fueron moderadas y altamente signi-

ficativas, lo que parece soportar, aunque de una manera limitada, la asociación entre la ESSS y la búsqueda o percepción de apoyo social por parte del paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre la ESSS, ESSP y la subescala de apoyo social del CAE.

	ESSP	CAE (Apoyo social)
ESSS Total	.41**	.44**
ESSS Trabajadores sociales	.35**	.37**
ESSS Enfermeras	.37**	.34**
ESSS Médicos	.37**	.45**

Se calcularon los valores normales de los puntajes de la ESSS y se determinaron los casos con una desviación típica ≤ 1 (percepción de soporte social de salud baja; puntajes entre 1 y 9), puntajes con una desviación típica = 1 (percepción de soporte social de salud media; puntajes entre 10 y 29),

y puntajes con una desviación típica ≥ 1 (percepción de soporte social de salud alta; puntajes entre 30 y 36). A continuación, se practicó un análisis de varianza (ANOVA) a las variables en curso a fin de identificar la existencia de diferencias significativas. Los resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias significativas entre niveles bajo, medio y alto de soporte social de salud en variables clínicas, de calidad de vida y afrontamiento ante el estrés.

VARIABLES	F	Análisis post hoc	Bajo		Normal		Alto	
			Media	DS	Media	DS	Media	DS
Esperanza	6.432**	A \neq C B \neq C	19.86	5.27	21.52	6.27	27.69	6.78
Enfermedad percibida	4.899**	A \neq C	20.00	4.13	21.97	4.75	25.23	6.39
SF-36 Vitalidad	9.571**	A \neq C	10.21	4.88	13.30	4.64	16.69	5.89
SF-36 Función social	5.053**	A \neq C	6.07	3.31	7.48	2.49	8.77	3.16
SF-36 Total mental	3.131*	A \neq C	38.71	12.49	46.41	11.83	53.85	14.74
CAE Cognitivo positivo	3.131*	A \neq C B \neq C	11.36	4.41	12.36	5.15	18.15	6.08
CAE Afrontamiento religioso	3.131*	B \neq C	5.14	4.18	4.86	3.16	7.54	3.80
CAE Apoyo social	3.131*	A \neq B	2.14	2.65	4.45	3.03	5.38	4.46

En todos los casos, el análisis post hoc reportó varianzas iguales, aplicándose para el análisis consecuente la fórmula de Tukey. Al parecer, los sujetos con un mayor soporte social de salud percibido alcanzan medias más altas en variables posi-

vas tales como Esperanza (mayor esperanza en el futuro), Vitalidad (sentimiento de tener mucha energía y no sentirse agotado o cansado), Función social (medida en que la salud física o los problemas emocionales le han permitido realizar sus acti-

vidades sociales habituales) y Salud mental (medida general de bienestar mental o psicológico); son también sujetos con mayor afrontamiento cognitivo positivo (afrontamiento focalizado en la solución de problemas) y de tipo religioso (afrontamiento caracterizado por la búsqueda de apoyo en lo divino o lo religioso). También reportan puntajes significativamente más altos de Enfermedad percibida (autopercepción de enfermedad).

Por otro lado, se analizó el grado de asociación entre la ESSS y las variables clínicas (Enfermedad percibida, Depresión, Ansiedad, Soledad, Desesperanza y Esperanza). La única variable que reportó asociaciones moderadas y altamente significativas fue Esperanza ($r = .35, p < .01$, para el total de ESSS; $r = .39, p < .01$, para ESSS Trabajo social; $r = .39, p < .01$, para ESSS Médicos). En otro sentido, llama la atención que variables como Soledad y Ansiedad hayan reportado correlaciones negativas significativas (de $r = -.22$ a $r = -.24, p < .05$); aunque ciertamente muy bajas, podrían ser tomadas sin embargo como indicadores de una posible vinculación con el soporte social de salud. En una situación similar puede considerarse la variable Enfermedad percibida (con correlaciones entre $.23$ y $.29, p < .05$), la que reportó diferencias significativas entre los grupos con baja y alta percepción de soporte social de salud, como se ha descrito arriba; el grupo con alta percepción parece tener también una mayor percepción de enfermedad que los que perciben un menor soporte social de salud (véase Tabla 3).

Respecto a la calidad de vida medida a través del SF-36, se halló que sólo las variables vinculadas con la salud mental reportaron asociaciones moderadas con la ESSS. Las subescalas mejor asociadas fueron Vitalidad ($r = .33, .24, .32$ y $.31$, para ESSS total, Trabajo social, Enfermería y Médicos, respectivamente, $p < .05$) y Total de salud mental ($r = .32, .24, .30$ y $.32$ para ESSS total, Trabajo social, Enfermería y Médicos, en cada caso). El total de salud mental resume la vitalidad, la medida en que problemas físicos o emocionales han obstruido su vida social, el impacto de lo emocional en la realización de actividades laborales o tareas cotidianas y la incidencia de ansiedad, depresión y desánimo. Parece ser que existe cierta

tendencia a valorar el soporte social de salud con base en experiencias o sentimientos de orden psicológico más que físico. Se hallaron, por ejemplo, diferencias significativas en Vitalidad, Función social y Total de salud mental entre sujetos con baja vs. alta percepción de soporte social de salud. Este último grupo tiene también mayores puntajes de las tres variables citadas (véase Tabla 3).

Se evaluó la relación entre el afrontamiento ante situaciones de estrés y la percepción del soporte social de salud; al parecer, solo el afrontamiento cognitivo positivo basado en la solución de problemas (v. gr. analizar las causas del problema, obtener algo positivo de él, establecer un plan de acción, hablar con las personas implicadas para encontrar una solución), con $r = .39, .38, .26$ y $.41$, para ESSS total, Trabajo social, Enfermería y Médicos, respectivamente ($p < .01$), y el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social proveniente de amigos y parientes, con $r = .44, .37, .34$ y $.45$, para ESSS total, Trabajo social, Enfermería y Médicos, en cada caso ($p < .01$), reportaron asociaciones moderadas y ampliamente significativas con la ESSS.

Finalmente, se procedió a calcular las medias, desviaciones estándar y porcentajes de eficiencia arrojados por la ESSS para cada profesional y área de salud, con los resultados descritos en la Tabla 4.

Las medias se calcularon bajo cuatro criterios según el caso: 1) Dado que cada profesional es evaluado en cuatro áreas (Disponibilidad, Atención, Consejería de salud y Consejería emocional) mediante un reactivo para cada una, se calculó la media de calificación de los pacientes para cada uno de aquellos. Ahora bien, la calificación mínima es 0 y la máxima 3; 2) Se calculó la media de calificaciones obtenidas por cada profesional con base en la suma de las calificaciones que obtuvo en las cuatro áreas; aquí, la calificación mínima es 0 y la máxima es 12; 3) Se calculó la media de calificaciones para cada área evaluada, considerando las puntuaciones asignadas por el paciente a los tres reactivos respectivos en cada una. Aquí, la calificación mínima es 0 y la máxima 9, y 4) Se calculó la media de calificaciones para todos los reactivos, donde la calificación mínima es 0 y la máxima 36.

Tabla 4. Medias, desviaciones estándar y porcentajes de eficiencia arrojados por la ESSS para cada profesional y área de salud.

	Disponibilidad*	Atención*	Consejería de salud*	Consejería emocional*	Total**
Medicina	1.8 (0.9)*	1.9 (1.0)*	1.8 (1.0)*	1.7 (1.1)*	7.2 (3.7)**
Enfermería	1.8 (1.0) *	1.8 (1.0) *	1.7 (1.1) *	1.6 (1.1) *	7.0 (4.2)**
Trabajo Social	1.5 (1.1) *	1.5 (1.1) *	1.4 (1.1) *	1.4 (1.1) *	5.7 (4.3)**
Total	5.1 (2.7) ^{oo}	5.1 (2.7) ^{oo}	4.9 (2.8) ^{oo}	4.7 (2.9) ^{oo}	19.9(10.8) #
Porcentajes de eficiencia					
Medicina	60%	63%	60%	57%	60%
Enfermería	60%	60%	57%	53%	58%
Trabajo Social	50%	50%	47%	47%	48%
Total ^{oo}	57%	57%	54%	52%	55%

* Suma de puntajes en este atributo y profesión / N. Porcentaje de eficiencia = (Media / 3)100.

** Suma de puntajes de todos los atributos para cada profesión / N. Porcentaje de eficiencia = (Media / 12)100.

^{oo} Suma de puntajes de cada atributo en todas las profesiones / N. Porcentaje de eficiencia = (Media / 9)100.

Suma de puntajes de todos los reactivos / N. Porcentaje de eficiencia = (Media / 36)100.

Dado que uno de los propósitos de la ESSS es evaluar la eficiencia percibida del soporte social de salud, cada uno de los procedimientos citados para el cálculo de la media culminó dividiendo a esta entre el puntaje máximo posible y multiplicando el resultado por 100. El porcentaje resultante puede ser interpretado como un porcentaje de eficiencia, asumiendo que el puntaje máximo en cada caso sería el criterio de máxima eficiencia posible.

Así las cosas, los resultados muestran que los médicos, seguidos de las enfermeras, mantuvieron los porcentajes más altos de eficiencia percibida (60% y 58%, respectivamente) y que las áreas han circundado porcentajes de entre 52% y 57%. Si se acepta un criterio mínimo de 80% de eficiencia para considerar que los pacientes perciben un adecuado soporte social de salud, es posible concluir que es necesario optimizar la atención en por lo menos 20%.

DISCUSIÓN

El presente trabajo fue llevado a cabo con el objetivo de determinar las cualidades psicométricas de la ESSS en una muestra de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Adicionalmente, y como parte del proceso, el análisis incluyó la determinación de los factores de orden clínico, de calidad de vida y de afrontamiento que parecían estar asociados a la percepción del soporte social de salud en la muestra de pacientes descrita. Los resultados arrojaron propiedades psicométricas adecuadas para la escala en cuanto a estruc-

tura factorial, consistencia interna y validez concurrente. Al evaluar la asociación con la Escala de Soporte Social Percibido (Tagaya y cols., 2000) y la subescala de Apoyo social del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín y Chorot, 2003), se encontraron correlaciones moderadas y altamente significativas que fueron de .35 a .45, lo cual parece soportar la asociación entre la ESSS y la búsqueda o percepción de apoyo social por parte del paciente.

En lo que atañe a otras variables clínicas, se pudo observar que la única variable que reportó asociaciones moderadas y altamente significativas fue Esperanza; los pacientes que parecen percibir un mayor soporte social de salud podrían considerar que sus expectativas a futuro poseen altas probabilidades de ser cumplidas. Este factor podría ser fundamental para una actitud positiva frente a la enfermedad y la adherencia terapéutica. En situación similar se encontró la variable Enfermedad percibida, puesto que el grupo con alta percepción de soporte social de salud parece tener también una mayor percepción de enfermedad. Es posible que una alta percepción de enfermedad (conciencia de enfermedad) conlleve un acercamiento significativo al personal de salud que quizá podría redundar en una mayor atención a la enfermedad. En apoyo de esta posibilidad giran los resultados basados en las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes; son justamente el afrontamiento cognitivo positivo y el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social las variables de afrontamiento con mayor asociación respecto a la ESSS.

Existen hallazgos en la bibliografía que señalan ampliamente los efectos positivos tanto físicos como psicológicos sobre el paciente cuando hay una adecuada relación con el profesional de salud, puesto que al conformar una atmósfera de confianza el paciente se siente aceptado y escuchado y, por tanto, percibe que puede hablar acerca de sus dudas y preocupaciones y desempeñar un papel más activo en su tratamiento, produciéndose entonces una mayor adherencia (Bascuñám, 2005; Bolaños y Sarría, 2003).

En términos generales, parece ser que los datos aquí presentados contribuyen a evidenciar los hallazgos de Pons (2006), quien destaca la importancia del trato humano recibido por parte de los profesionales de salud; en la evidencia que aporta habría factores que favorecerían los resultados clínicos: empatía, calidad de la información proporcionada, dedicación a la relación interpersonal con el paciente y facilidad que este último tenga para expresarse frente a médicos y enfermeras. De igual modo, Bolaños y Sarría (2003) sugieren que cuando los enfermos perciben que pueden expresar abiertamente sus dudas, temores y preocupaciones, se facilita el desempeño de un rol activo que favorece la adherencia a la terapia, concordando así con Pons (2006), quien apunta que ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad debe ser un compromiso ético del profesional de salud, puesto que resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en función de las necesidades particulares de aquel, pues se logra obtener una mejor información de

utilidad diagnóstica y una mayor adhesión al tratamiento.

Como una primera aproximación al problema de la evaluación del soporte social de salud percibido, la escala parece ser un instrumento adecuado. Con todo, parece poseer la limitación de haber sido construida considerando la intervención de solo tres profesionales (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales); sin embargo, en defensa de esta aparente debilidad, habría que decir que lo importante de la ESSS es que representa un *método de evaluación* que puede ser adaptado a diferentes exigencias clínicas; es decir, el número y tipo de profesionales de salud puede ser extendido o limitado de acuerdo a cada contexto. Esto permitirá que cada condición clínica susceptible de un abordaje multidisciplinario desarrolle una versión distinta de la ESSS según sea requerido, hasta formar un prototipo para cada condición.

Es difícil apreciar con justeza las correspondencias entre el trabajo eficiente (seguimiento correcto de normas de atención clínica, interés, trato humano, apego a procedimientos, etc.) y el soporte social de salud percibido. Esta investigación no se ha trazado como objetivo el estudio de esta relación, por lo que nada tiene que decir sobre ella. Solamente se muestra la percepción del paciente sobre el apoyo que recibe del profesional de salud en los diferentes aspectos ya descritos, y aunque la información recogida es valiosa, debe considerarse que la muestra no fue probabilística y que los resultados deben ser interpretados con las reservas discrecionales que cada caso específico exige.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones Psicológicas*, 8, 197-206.
- Bascuñám, M.L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133, 11-16.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Bolaños, E. y Sarría S., A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 32(4), 195-202.
- Chappell, N.L. (1991). The role of family and friends in quality of life. En *The concept of measurement of quality of life and the frail elderly: A research conference* (pp. 3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Cutrona, C. (1986). Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208.

- Da Silva, P.I., Melo, R.S. y Castanheira, N.L. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(2), 110-117.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Garrafa, V. y Albuquerque, M.C. (2001). Enfoque bioético de la comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. *Acta Bioética*, 7(2), 355-367.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- González C., R.A.L. y Sánchez –Sosa, J.J., (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis Doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gore, S. y Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23, 301-327.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Katz, S.C., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. y Jaffee, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lakey, B. y Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16, 811-824.
- Lawton, M.P. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research planning and action for the elderly* (pp. 144-165). New York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-185.
- Lemos, G.S. y Fernández H., J.R. (1990). Redes y soporte social. *Psicothema*, 2(2), 113-135.
- Martínez D., N., Del Ángel S., E.M., Enríquez H., C.M., Santes B., M.C., Aranda B., C. y Salazar, E. (2007). Apoyo familiar y actividades de la vida diaria del adulto mayor de Veracruz, México. *Anales de Psiquiatría*, 23(6).
- Medina-Mora, M., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. En *Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría* (pp. 48-55). México: Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”.
- Montero-López L., M. (1998). Soledad y depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*, 7, 62-67.
- Montero-López L., M. y Rivera L., A. (2009). IMSOL-AM: Escala de soledad en el Adulto. En A. González-Celis (Coord.): *Evaluación en psicogerontología*. México: El Manual Moderno.
- Nunn, K.P., Lewin, T.J., Walton, J.M. y Carr, V.J. (1996). Construcción y características de un instrumento para medir la esperanza personal. *Psychological Medicine*, 26, 531-545.
- Ostrosky S., F., López A., G. y Ardila, A. (1999). Influencias de la edad y de la escolaridad en el Examen Breve del Estado Mental (Mini-Mental State Examination) en una población hispano-parlante. *Salud Mental*, 22(3), 20-26.
- Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*, 73, 27- 34.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rivera L., A. y Montero-López L., M. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico del adulto mayor en un contexto religioso*. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera L., A., Montero-López L., M. y Sandoval Á., R. (En prensa). *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés de Sandín y Chorot: Adaptación en pacientes en diálisis peritoneal*.
- Ruiz de Gauna, R.I., Minguela, P.J., Ocharán, C. I., Gimeno, M. y Chena, A.A. (2008). El entorno social de los pacientes en diálisis peritoneal. *Nefrología*, 6, 133-136.
- Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Tagaya, A., Okuno, S., Tamura, M. y Davis, A. (2006). Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly. *Nursing and Health Sciences*, 2, 131-137.

- Vega, O.M., y González, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Ware, J.E. Jr., Snow, K.K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center.
- World Health Organization (1996). *WHOQoL-Brief. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Programme on Mental Health*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (1997). *WHOQoL. Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health*. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (1998). *WHOQoL. Development and general psychometric properties. Social Science of Medicine*, 46(12), 1569-1585.

ESCALA DE SOPORTE SOCIAL DE SALUD

(Rivera, Montero-López y Sandoval, 2011)

Responda las siguientes preguntas eligiendo la respuesta que mejor le describa. Recuerde que esta investigación es totalmente anónima y que la información que usted nos proporcione es absolutamente confidencial, es decir, no se dirá a nadie su opinión ni se utilizará en perjuicio de nadie. No es necesario que nos proporcione el nombre de los médicos, enfermeras o trabajadores sociales acerca de los cuales usted opinará a continuación.

Núm.	Pregunta	No	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	¿Cree contar con algún médico que con todo interés y comprensión atienda sus dudas respecto a sus padecimientos?	0	1	2	3
2	¿Cree contar con algún médico con el cual pueda hablar tan francamente como quiera o necesite sobre sus padecimientos?	0	1	2	3
3	¿Cree contar con algún médico con el cual pueda expresar sus sentimientos respecto a sus dolencias?	0	1	2	3
4	¿Siente usted que puede contar con su(s) médico(s) siempre que lo necesite?	0	1	2	3
5	¿Cree contar con alguna enfermera que con toda confianza, aceptación y afecto atienda sus dolencias?	0	1	2	3
6	¿Cree contar con alguna enfermera con la cual pueda hablar tan francamente como quiera o necesite sobre sus padecimientos?	0	1	2	3
7	¿Cree contar con alguna enfermera con la cual pueda expresar sus sentimientos respecto a sus dolencias?	0	1	2	3
8	¿Siente usted que puede contar con su(s) enfermera(s) siempre que la(s) necesite?	0	1	2	3
9	¿Cree contar con el sincero apoyo de alguna trabajadora social que le asesore acerca de los procedimientos, requerimientos o derechos que usted tiene como paciente?	0	1	2	3
10	¿Cree contar con alguna trabajadora social con la cual pueda hablar con toda sinceridad acerca de cosas que le preocupan, relacionadas con sus padecimientos?	0	1	2	3
11	¿Cree contar con alguna trabajadora social con la cual pueda expresar sus sentimientos respecto a sus dolencias?	0	1	2	3
12	¿Siente usted que puede contar con su trabajadora social siempre que la necesite?	0	1	2	3