

Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave

Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in people with severe mental disorders

M^a TERESA RUIZ JIMÉNEZ^a, JESÚS SAIZ GALDÓS^b, M^a TERESA MONTERO ARREDONDO^c, DANIEL NAVARRO BAYÓN^d

(a) *Centro de Día Espartales Sur, Alcalá de Henares, Madrid, España.*

(b) *Centro de Día Aranjuez II, Aranjuez, Madrid, España.*

(c) *Centro de Día Arganzuela, Madrid, España.*

(d) *Gestión y Rehabilitación Psicosocial y Equipo de Apoyo a la Intervención, Grupo 5, Madrid, España.*

Correspondencia: M^a Teresa Ruiz Jiménez (teresa.ruiz@grupo5.net)

Recibido: 13/01/2017; aceptado con modificaciones: 20/09/2017

Resumen: En el presente artículo, los autores examinan la fiabilidad y validez de un instrumento que, habiéndose utilizado en otras poblaciones, se consideró de especial interés para las personas con trastorno mental grave. La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) podría resultar útil para la planificación y aplicación de estrategias de intervención sobre las redes sociales de este colectivo, teniendo en cuenta su percepción de los apoyos sociales. Para poner a prueba esta hipótesis, se seleccionaron tres dispositivos de Rehabilitación Psicosocial para personas con trastorno mental grave de la Comunidad de Madrid. Se reclutó una muestra de 59 personas. Los sujetos fueron evaluados con la EMAS. Las propiedades psicométricas que encontramos muestran que la EMAS es una herramienta óptima para guiar las intervenciones

dirigidas a incrementar la percepción de los apoyos recibidos procedentes de amigos, familia y otras personas relevantes.

Palabras clave: enfermedad mental, apoyo social, red social, evaluación, rehabilitación psicosocial.

Abstract: In the present article, the authors examine the reliability and validity of an instrument that, having previously been used in other populations, was considered to be of special interest for people with severe mental disorders. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) might be useful for the planning and implementation of intervention strategies on the social networks of this collective, taking into account their perception of social support. In order to test this hypothesis, we selected three centers of psychosocial rehabilitation for this population in the Community of Madrid (Spain). A sample of 59 people with severe mental disorder was recruited. Subjects were assessed with the MSPSS. The psychometric properties we found show that the MSPSS is an optimal tool for guiding interventions aimed at increasing the perception of support received from relatives, friends, and significant others.

Key words: mental illness, social support, social network, assessment, psychosocial rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) requiere evaluaciones precisas de los logros conseguidos por las intervenciones psicosociales que se ofrecen en los dispositivos enfocados a su recuperación. En España, y concretamente en la Comunidad de Madrid, estos dispositivos se han convertido en pilares indispensables para el adecuado abordaje de la atención integral del TMG, ya que actúan directamente sobre las variables del contexto en el que vive la persona.

Las dimensiones sobre las que se articulan la mayoría de las intervenciones psicosociales han sido señaladas como esenciales en el futuro de la atención a la Salud Mental en Europa (1), destacando los apoyos proporcionados para estructurar la vida cotidiana y promover una vida independiente, el fomento de la participación social a través de la inclusión en actividades ofertadas por el contexto comunitario en el que vive la persona, la disposición de oportunidades para acceder al mercado laboral y la atención a la familia, entre otros.

Es en este contexto donde los recursos de rehabilitación psicosocial se han ido consolidando con la eficacia y pertinencia necesaria en la atención a la salud mental desde los años 90 (2).

La evaluación en rehabilitación se nutre de un adecuado análisis funcional (3) que guía la planificación individualizada de objetivos orientados al cambio de la persona. Requiere una selección de instrumentos, sencillos, comprensibles y breves, que permitan interpretaciones que orienten por dónde guiar los siguientes pasos implicados en la mejora. En este sentido, la evaluación se entiende como un *continuum* del proceso rehabilitador, que guía la intervención de la que, a su vez, se retroalimenta.

Los programas y recursos de rehabilitación no están exentos de críticas, pues hemos de recordar que la rehabilitación psicosocial se asienta sobre la puesta en marcha de un conjunto de estrategias a través de diversas técnicas que conllevan implícitamente una serie de principios puestos al servicio de la persona que está siendo atendida (4). Evaluar la eficacia de estos programas (si cumplen el fin para el que se crearon) evitará las dudas que en determinados momentos pueden surgir en relación a sus resultados. Estas dudas se refieren fundamentalmente al grado en que los resultados se generalizan y se mantienen en el tiempo. Así, desde sus orígenes, la rehabilitación psicosocial ha considerado la evaluación de sus métodos, programas y dispositivos tanto dentro como fuera de nuestro entorno (5-9). El uso de programas que utilicen instrumentos de evaluación adaptados y validados, con unas buenas propiedades psicométricas, junto con otros indicadores, es fundamental para validar los logros alcanzados.

En la Comunidad de Madrid, la organización de los diferentes recursos para atender las múltiples necesidades de las personas con un diagnóstico de TMG ha dado lugar a la creación de los “Centros de Día de Soporte Social” (ver Figura 1). Estos centros complementan la extensa, aunque aún incompleta, red de recursos disponibles para esta población, siendo un foco de atención y mejora “el incremento de las redes sociales a través de sus programas de soporte social” (10). El programa de soporte social se configura como un programa de peso en esta tipología de recursos. Al mismo tiempo, el soporte social es un “constructo” que incluye a las redes sociales de la persona, en base a las cuales se recibe y se emite un tipo de apoyo u otro, por lo que conocer la percepción de los apoyos recibidos se convierte en un importante eje en este abordaje.

Respecto a los instrumentos empleados en rehabilitación psicosocial, se aprecia la escasa importancia concedida a la evaluación de los apoyos sociales generados en las relaciones sociales de las personas con TMG. Es más, en ocasiones ni siquiera aparecen señalados cuando se reflexiona sobre los instrumentos más empleados en los procesos de evaluación (11). Sin embargo, hay una tendencia a desarrollar acti-

vidades con el objetivo de ampliar las relaciones y la red social que mantienen las personas atendidas.

Los estudios que analizan las redes sociales (especialmente la topografía) de las personas con TMG constatan que son más pequeñas que las de la población general. También han advertido otras características, como la inestabilidad y un bajo nivel de conexiones con otras redes, y ponen de manifiesto cómo la preferencia por mantener un mayor número de contactos sociales está presente en una parte importante de las muestras analizadas (12-15).

Como han recogido algunos autores (16), conviene señalar que red social no tiene por qué ser sinónimo de apoyo social. Una red social refleja la dimensión relacional con la que la persona establece una relación regular de intercambios sociales. Los apoyos sociales, tanto los suministrados como los recibidos, proceden de estas redes, siendo importante diferenciar de manera individualizada lo que necesita cada persona de sus redes de apoyo, pues lo que sirve a uno puede que no sea válido para otros. Además, el apoyo social percibido está estrechamente relacionado con la calidad de vida (17-18); con el bienestar psicológico —en concreto, con la autoestima, el estrés percibido y la depresión (19)—; con una menor presencia de síntomas psiquiátricos y menos ingresos hospitalarios (20); con una mayor integración social (21) y con el desempeño de roles sociales (22). Percibir que la familia y los amigos pueden sernos de ayuda para hacer frente a los acontecimientos estresantes es un factor de protección para momentos de dificultad; sin embargo, esta percepción es subjetiva y no todas las relaciones que mantienen las personas con TMG son de ayuda.

Si queremos ser partícipes de la reconstrucción de los proyectos personales de las personas atendidas en estos dispositivos, hemos de tener en cuenta las áreas involucradas en los procesos de recuperación (ver Figura 2) que han sido halladas como resultado de la revisión de la literatura internacional (23).

El control de la propia vida no es posible sin la existencia de espacios sociales inclusivos, más allá de la familia, determinados por las relaciones que mantienen las personas que atendemos. Se necesitan intervenciones enfocadas a generar nuevas relaciones personales. Esto se hace más urgente en aquellos casos en donde el aislamiento social está presente y la persona no puede ni siquiera llegar a catalogar cómo son los apoyos que obtienen de sus redes sociales, al no existir categorías tan relevantes para la (re)construcción de la identidad como son los amigos.

En la Figura 3 recogemos los diferentes niveles de relaciones que puede establecer un individuo en función de las diferentes estructuras sociales con las que se vincula y con la puesta en juego de dos tipos de apoyo: los *instrumentales* (en donde las relaciones establecidas son medios para conseguir algo que se necesita —por ejemplo, la obtención de un préstamo o la contratación de un servicio doméstico—) y los *expresivos o emocionales* (a través de los cuales el individuo puede mostrar sus

sentimientos, expresar sus frustraciones, buscar la comprensión a sus problemas, etc.). Así, el nivel más general tiene que ver con el entorno comunitario en donde se desarrolla su vida y refleja el grado en el que la persona hace uso y participa de los recursos que su comunidad le ofrece, en base a lo cual va adquiriendo un sentido de pertenencia único y diferente al de otro. Las relaciones con la comunidad favorecen la adquisición de una seguridad emocional y un sentimiento de que las necesidades colectivas serán satisfechas de un mismo modo para todos sus integrantes, incrementándose de esta forma la integración percibida a la comunidad a la que se pertenece. La no participación en dichas estructuras podría comprometer las relaciones del siguiente nivel y, por tanto, dar lugar a una vida más empobrecida, cuestión ésta que aparece en la población con TMG. La participación del individuo en este nivel está representada por el uso que hace de instituciones presentes en su comunidad (iglesias, gimnasios, asociaciones, grupos de ayuda mutua, etc.).

El siguiente nivel deja atrás las instituciones y se centra en las relaciones concretas que mantienen los individuos por los diferentes roles que desempeñan en su día a día, dando significado al tiempo compartido (relaciones establecidas por la pertenencia a diferentes contextos: laboral, familiar y social).

El tercer nivel es el más cercano al individuo. Es en éste donde se producen un mayor número de intercambios mutuos y recíprocos, y donde la persona se puede mostrar de manera más genuina en los intercambios sociales que se generan, estando muy presente el compromiso con el bienestar de las personas que lo integran.

Sin embargo, la evaluación del apoyo social es un ámbito descuidado en general. Así, Pastor y colaboradores (25) recogieron, a través de una encuesta, los instrumentos de evaluación más empleados en diferentes recursos y dispositivos de rehabilitación psicosocial. Analizaron 57 centros y servicios especializados de 12 Comunidades Autónomas diferentes. En total identificaron 29 instrumentos de evaluación y ninguno de ellos era de apoyo social. Predominaron los del área clínica, habilidades de afrontamiento y funcionamiento cognitivo.

En la revisión realizada por Ferrari (26) sobre evaluación del apoyo social en la primera década del siglo XXI (años 2001 al 2011), se encontraron 34 instrumentos. El instrumento de evaluación de soporte social más utilizado fue la Escala Multidimensional de Apoyo Social de Zimet (27). Otra conclusión de esta revisión fue la escasez de información referente a las cualidades psicométricas de los instrumentos.

La revisión realizada en el año 2004 por un grupo de investigadores (28) siguiendo las dimensiones analizadas por Tardy (29) pone de manifiesto la amplia variedad de instrumentos y la necesidad de conocer los aspectos concretos relacionados con el apoyo social que mide cada uno de ellos. Este último autor concretó las cinco dimensiones en las que se podía materializar la evaluación del apoyo social. La primera dimensión a tener en cuenta en los instrumentos de evaluación sobre el

apoyo social es si estos evalúan la dirección (es decir, si contiene ítems en relación a si el apoyo social se da o se recibe), encontrándonos con instrumentos que pueden tener en cuenta sólo uno de ellos (el recibido o el provisto) o ambos. Una segunda dimensión se refiere a la disposición de apoyo, diferenciando si ésta se evalúa respecto a situaciones hipotéticas o a situaciones reales. La tercera se refiere al apoyo descrito o evaluado, pudiendo analizar el tipo de apoyo o la satisfacción con el mismo. La cuarta dimensión se refiere al contenido, diferenciado en cuatro categorías: emocional, instrumental, informativo y valorativo, sin que los efectos de cada uno de ellos sea el mismo sobre la persona que lo recibe o lo suministra. Y, por último, la dimensión de redes, también denominada “conectividad”, refleja de dónde procede el apoyo social, diferenciando entre amigos, familia, red de apoyo formal, etcétera.

En base a esta clasificación, hemos realizado una breve selección de instrumentos, que aparecen recogidos en la Tabla 1.

La Tabla 2 muestra las propiedades psicométricas de la escala objeto del presente trabajo. Como muestra dicha tabla, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) aglutina información sobre las 5 dimensiones estipuladas por Tardy (en lo que respecta al contenido, la mayoría de los ítems se centran en el apoyo emocional recibido). Las propiedades psicométricas alcanzadas, en la población americana y en la española, son altas, tanto en la escala general como en las tres dimensiones que se obtienen tras los correspondientes análisis factoriales. Como se puede ver, la obtención de tres dimensiones se mantiene constante con independencia de la nacionalidad de la muestra.

Teniendo en cuenta la importancia de la evaluación del apoyo social para la rehabilitación de personas con TMG, el objetivo del presente estudio es demostrar las propiedades psicométricas de validez y fiabilidad de la EMAS en este colectivo.

MATERIAL Y MÉTODO

a) Selección de la muestra

Los participantes se seleccionaron de tres Centros de Día en donde existe un programa específico de soporte social. Uno de los objetivos de este tipo de recursos es detectar los diferentes apoyos de las personas atendidas y, si éstos son escasos, fomentar una red social que genere un soporte lo suficientemente sólido como para convertirse en un amortiguador del estrés, ayudando a prevenir recaídas y propiciando un funcionamiento psicosocial lo más adecuado posible.

Los Centros de Día de donde fueron seleccionados los participantes están ubicados en diferentes zonas geográficas de la Comunidad de Madrid: zona centro (distrito de Arganzuela, con una población de referencia de 95.200 habitantes); zona

sur (Aranjuez, con una población de referencia de 57.800 habitantes) y zona este (Alcalá de Henares Sur, con una población de 60.000 habitantes). Las plazas asignadas para estos centros son idénticas, con una ocupación de 30 plazas.

Los criterios de inclusión contemplados fueron estar participando en el programa de soporte social y mantener relaciones sociales escasas (definido por la presencia de un solo dominio de relación, prioritariamente la familia más directa, o más de un dominio con una frecuencia de contactos esporádica). El único criterio de exclusión fue presentar una sintomatología florida en el momento de la recogida de datos que pudiera interferir sobre lo consultado.

La aplicación tuvo lugar durante 2014 y se utilizaron dos modalidades de administración (autoadministrado y mediante entrevista), empleándose la segunda modalidad cuando la persona podía tener dificultades de comprensión de los ítems. En todos los casos, la evaluación fue realizada por expertos.

b) Características de la muestra

El número total de participantes fue de 59 personas, cuya procedencia se refleja en la Tabla 3.

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra aparecen recogidas en la Tabla 4. La mayoría son varones y su edad se ubica en la franja entre 36 y 57 años ($X=49,15$; $DT=9,66$). Un 62,8% de los participantes tienen estudios básicos o no llegaron a finalizarlos y tan sólo un 5% completaron estudios universitarios. La mayoría eran solteros, aunque un 30,5% había formalizado relaciones de pareja (de las cuales sólo un 4,94% continúan con la relación). Los padres son las personas con las que conviven en el 49% de los casos; un 25% lo hace en recursos públicos residenciales (mini residencias y pisos supervisados); y un 11,9% de la muestra vive solo. En cuanto a las características clínicas, la mayoría de las personas presentaban un diagnóstico de esquizofrenia (78%) con una evolución muy larga (un 54% presentaba una evolución entre 16 y 30 años y en un 25% de la muestra era superior a 30 años).

En relación a las variables del proceso de rehabilitación, el 75% se encontraban en la fase de intervención y un 25% en fase de seguimiento. Sólo un 11,88% de la muestra acumulaba en el recurso un tiempo superior a 5 años.

c) Instrumentos

Se aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) adaptada al castellano por Landeta y Calvete (34). Se trata de un instrumento de 12 ítems que recoge qué niveles de apoyo social perciben las personas a las que se les

administra. En este estudio hemos utilizado la versión inicial (27), que presenta una escala de respuesta de 7 alternativas, en donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 7 “Estar totalmente de acuerdo”.

En la administración por entrevista, las personas tenían siempre visible la escala de respuesta a fin de evitar olvidos en la dirección de su respuesta.

Al mismo tiempo se aplicó un segundo cuestionario que permitiera conocer la validez convergente de la EMAS. El cuestionario aplicado fue el de Apoyo Social Funcional Duke-UNK (16). Este cuestionario está integrado por 11 ítems y su escala de respuesta varía de 1 (Mucho menos de lo que deseo) a 5 (Tanto como lo deseo).

d) Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS versión 22 para el análisis estadístico, realizándose estadística descriptiva, de frecuencias, análisis factorial y análisis de correlaciones.

RESULTADOS

a) Fiabilidad

En cuanto a la fiabilidad, las propiedades psicométricas obtenidas para la escala EMAS fueron adecuadas, tal y como muestra la consistencia interna medida para la prueba en su conjunto ($\alpha=0,916$).

En comparación, la puntuación obtenida para la Escala de Apoyo Social de Duke arroja un valor adecuado pero ligeramente por debajo de la EMAS ($\alpha=0,89$).

Por otra parte, las dimensiones específicas que explora la escala obtuvieron también unos índices muy positivos (Amigos, $\alpha=0,829$; Familia, $\alpha=0,917$; Personas relevantes, $\alpha=0,94$).

b) Validez

Respecto a la validez de constructo, se procedió a realizar un análisis factorial con el fin de explorar las dimensiones teóricas de la escala, empleándose el método de análisis factorial con rotación varimax.

En la Tabla 5 aparecen los tres factores (con autovalores mayores a 1) que explican el 78% de la varianza y que indican la existencia de los tres factores rese-

¹ El proceso rehabilitador implica una serie de fases que ordenan la recuperación de la persona atendida. Se distinguen tres fases: la fase de evaluación, con una entrevista de acogida inicial cuando la persona accede al recurso; la fase de intervención, a través de un plan individualizado de atención y soporte social; y la fase de seguimiento, previa al alta terapéutica por cumplimiento de objetivos.

ñados en la escala en anteriores investigaciones (27, 34): amigos, familia y personas relevantes.

Posteriormente se rotaron los factores mediante el método varimax, buscando componentes independientes entre sí. La Tabla 6 muestra las correlaciones de los ítems en cada componente tras esta rotación.

En cuanto a la validez convergente y discriminante, se realizó el análisis de correlaciones bivariadas de Pearson. Encontramos correlaciones significativas ($p < 0,001$) entre todas las dimensiones de la EMAS y la puntuación total del cuestionario DUKE (Familia, $r=0,635$; Amigos, $r=0,714$; Personas relevantes, $r=0,464$; EMAS Total, $r=0,736$). Únicamente la dimensión Personas Significativas aporta una correlación algo más baja, lo que podría indicar que, además de estar evaluando el mismo constructo (apoyo social), la escala EMAS explora un área menos abordada por el cuestionario DUKE. En otras palabras, la evaluación de “personas significativas” que se realiza con el EMAS sólo está “ligeramente” comprendida dentro del DUKE.

DISCUSIÓN

En la literatura especializada en el campo de la salud mental, el apoyo percibido de las redes sociales es un elemento destacado. Además, el apoyo social es un factor incluido en el Índice para una Vida Mejor de la OECD²(35). Tener una comunidad o grupo social que brinde apoyo se considera una referencia nuclear en el Índice de Bienestar de los países modernos. Según este índice, el 96% de las personas en España considera que conocer a alguien en quien confiar y contar con una red social es fundamental para tener emociones positivas y acceder a recursos como empleo o vivienda. La valoración de su importancia en España es de las más altas, estando por encima de países como Suiza, Alemania, Italia, Francia, Inglaterra o Estados Unidos.

Todo ello contrasta con la escasa atención que se le presta en la investigación y en las publicaciones de práctica asistencial, como hemos podido comprobar a partir de la revisión que hemos hecho en la introducción. La realidad es que el apoyo social es una variable poco conocida y es probable que esto sea consecuencia de las características y dimensiones que el apoyo social lleva asociadas.

² Las siglas OECD se refieren a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, cuyo objetivo es coordinar las políticas económicas y sociales, y cuyo lema es: “Mejores políticas para una vida mejor”. Para esta organización, compuesta por 35 estados, el indicador de calidad de apoyo social se define como el porcentaje de personas con amigos o parientes en quienes confiar en caso de necesidad.

El análisis de las propiedades psicométricas obtenidas nos permite situar la escala EMAS como una escala prioritaria para ser aplicada en personas que se encuentran inmersas en procesos de recuperación. Presenta una mayor fiabilidad que el cuestionario DUKE e incluye 3 dimensiones y una puntuación final, explorando y aumentando la cantidad de información que aportaba el DUKE.

Aunque la escala EMAS no determina el tipo de apoyo obtenido (sólo informa de dónde proceden los apoyos y la percepción de los mismos), un recorrido por sus ítems muestra un contenido más cercano al apoyo emocional. La consistencia interna obtenida muestra valores mayores a 0,80, tanto en la escala global (0,916) como en las dimensiones asociadas (familia, amigos y personas relevantes).

Las dimensiones de la escala EMAS se pueden equiparar a la obtención de apoyos formulada por Lin (24), representados en el tercer nivel (relaciones íntimas y de confianza), en el que quedarían enmarcados los factores obtenidos de amigos y familia y los apoyos procedentes del primer nivel (relaciones con la comunidad), representado en la dimensión obtenida de personas relevantes, dando cuenta también de la percepción procedente de los apoyos formales.

Si bien este instrumento es consistente con el marco teórico que respalda el apoyo social percibido por las personas con TMG e incorpora las tres principales fuentes de apoyo reconocidas, existe un 22% de varianza no explicada por la escala analizada, lo que hace necesario que deba complementarse con otro tipo de instrumentos centrados en la estructura de la red, que identifique más claramente los tipos de apoyos que se dan y se reciben por cada miembro que la persona identifica como perteneciente a su red social. El uso de estos instrumentos complementarios nos informaría del número de integrantes significativos de las redes formales que mantienen las personas con TMG por el hecho de estar en dispositivos de recuperación. Este aspecto se hace más importante en el momento en el que se produce la salida del recurso, pues pudiera generarse un efecto negativo al experimentar esta salida como pérdida de los apoyos dados y recibidos.

No se nos escapa aquí que las intrincadas relaciones que mantiene la percepción del apoyo social con otras variables psicológicas, individuales y situacionales, tienen una mayor complejidad si se consideran bajo la especificidad asociada al TMG. Por ejemplo, las experiencias de interacción con los profesionales representan un campo específico de relaciones de apoyo en las personas con trastornos mentales de larga evolución, que pueden ser causa o consecuencia de las expectativas de apoyo y seguridad social del usuario (36). También los síntomas psicóticos como las ideas paranoides o los delirios de referencia influyen en la percepción del mundo social del individuo (37, 38). Además, se han encontrado efectos importantes por el hecho de pertenecer a una asociación de apoyo mutuo (39). El tipo de apoyo social que se obtiene de estas instituciones es aún más específico del que proviene de personas

significativas por el hecho de compartir dificultades y situaciones similares. Este tipo de apoyo se concreta en sentimientos de pertenencia, inclusión, aceptación, normalización, seguridad y autoeficacia.

Señalamos como limitación metodológica en relación al estudio de fiabilidad el no haberse completado con la prueba retest. En cuanto a la validez, una limitación es no haber seleccionado un instrumento de comparación no autoadministrado. Otra limitación podría ser que los dominios estudiados (amigos, familia y personas relevantes) reflejen una visión específica del investigador, cuando en realidad los contextos de relación personal son únicos para cada persona. Como consecuencia de ello, para algunos sujetos las tres dimensiones pueden ser muchas (si no tienen apenas red social), pocas (si se excluyen otros dominios que para la persona sean importantes) o demasiado generales (en la misma categoría se pueden incluir o excluir fuentes de apoyo de importancia diferente para la persona). A efectos prácticos señalamos la necesidad de diferenciar aquellos ítems que saturan en el factor Personas Relevantes en la aplicación de la prueba, pues bien podría darse el caso de que la persona responda guiada por una percepción alta de apoyo al estar pensando en una persona no incluida en esa dimensión (por ejemplo, alguien de su familia).

También hay limitaciones en cuanto a la generalización de los resultados obtenidos, pues cabe esperar diferencias entre grupos de distinto género, edad, síntomas prevalentes y tipo de comunidad en la que viven. En nuestra muestra hay diferencias importantes entre hombres y mujeres, una gran variabilidad en grupos de edad y también en tipo de convivencia (el 25% vive en recursos de tipo residencial), lo que plantea limitaciones en cuanto a la representatividad de la muestra. Así, las mujeres perciben tener más acceso a las relaciones sociales de apoyo y confianza; además, manifiestan valoraciones diferentes a los hombres, tanto en muestras clínicas (40) como no clínicas (35).

CONCLUSIONES

La idea actual del apoyo social se limita a un concepto tradicional relacionado con el bienestar psicológico. Asimismo, se concibe como un factor de protección frente al estrés. Se necesitan mejores estudios y modelos explicativos del apoyo social y de sus determinantes personales y ambientales en población con TMG. El apoyo social puede reflejar características primarias de la personalidad, como extroversión, neuroticismo, locus de control, o también puede ser resultado de influencias del contexto, como la deprivación social, experiencias de discriminación, maltrato, apego desorganizado o traumas vitales. Se necesitan más estudios para analizar cómo se produce la interacción entre las variables individuales y ambientales, ya que sus implicaciones prácticas son relevantes. De cara a la intervención, el hecho de seguir

un planteamiento u otro da lugar a diferencias importantes. En el primer caso, se requerirán intervenciones individuales que utilicen técnicas cognitivas y conductuales que modifiquen los esquemas interpretativos de la persona y aseguren repertorios conductuales ajustados a lo esperable en la comunidad (41-42). En el segundo, se necesitarán intervenciones contextuales, que tienen como objetivo modificar las variables del ambiente, como las intervenciones familiares psicoeducativas (18), multifamiliares (43) o las intervenciones orientadas a fomentar la aceptación social entre iguales (44) y en la población general (45).

Pensamos que el apoyo social es una variable necesaria como medida de resultado debido a su asociación con otras medidas utilizadas de manera tradicional, como la autoestima, la depresión o la calidad de vida. En recientes estudios utilizando la EMAS (17), se encontró que el apoyo social en sus tres dimensiones (amigos, familia y otros significativos) estaba asociado con la calidad de vida y que juntas predicen hasta un 37% de las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida, por encima de otras variables como los síntomas, el déficit en el funcionamiento social, las habilidades sociales o el rol ocupacional y laboral. Esto implica que, a pesar de incrementar las habilidades sociales o de mejorar en su autonomía, si su percepción del apoyo social no se modifica, las mejoras podrían no tener efectos en la calidad de vida y en el bienestar. Es por eso que futuras investigaciones deben considerar el apoyo social percibido como una medida de éxito del tratamiento, en especial en los programas y tratamientos de rehabilitación psicosocial. Es más, el apoyo social de la red social ha sido considerado por las personas afectadas de TMG como el segundo factor más influyente en el proceso de recuperación personal de la enfermedad mental, por encima de otros como el tratamiento recibido o el vínculo con los profesionales de referencia (46).

Necesitamos una mayor comprensión de cómo se desarrolla la percepción del apoyo social y cómo ésta se relaciona con características individuales y las experiencias vitales, así como sus efectos en las personas con TMG. La investigación futura necesita estudiar en profundidad el apoyo social en este colectivo, ya que su efecto protector parece ir más allá de un efecto general (influir en el bienestar psicológico) y tener un efecto específico en ellos, influyendo en factores como la autoeficacia, la seguridad, la recuperación subjetiva, la integración social, el sentido de pertenencia, el control sobre la vida, la normalización y el sentido del yo. Todos estos factores resultan específicos en la persona con TMG. Deseamos que medidas como la presentada en este artículo contribuyan a esta futura investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Knapp M, McDavid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio europeo de políticas y sistemas sanitarios; 2007.
- (2) Otero V, Rebolledo S. Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis* 1993; 14(6-8): 273-280.
- (3) Blanco A, Navarro D, Pastor A. Evaluación funcional y diseño del plan individual de rehabilitación. En: Pastor A, Blanco A, Navarro D, coord. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Síntesis, 2010; p. 97-138.
- (4) Hernández Monsalve M. Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la reforma psiquiátrica. *Estudios de Psicología* 2011; 16(3): 295-303.
- (5) Burns T. Evolution of outcome measures in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 2007; (50):s1- 6.
- (6) Isaac M, Chand P, Murthy P. Schizophrenia outcome measures in the wider international community. *Br J Psychiatry Suppl.* 2007; (50): s71-77.
- (7) Muñoz M, Panadero S, Rodríguez A, Pérez E. Evaluación de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente. La experiencia de Madrid. *Clínica y Salud* 2009; 20(1): 43-55.
- (8) Muñoz M, Vázquez C, Muñiz E, López-Luengo B, Hernangómez L, Díaz M. Evaluación de resultados en la esquizofrenia: un ejemplo de aplicación en la Comunidad de Madrid. *Intervención Psicosocial* 1999; 8(1): 73-87.
- (9) Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica en la comunidad. *Avances en Salud Mental Relacional* 2007; 6(3).
- (10) Rodríguez A, Fernández A, Sancho A. La experiencia de los centros de día de soporte social del plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid: definición, organización y funcionamiento. En: Fernández J, Gómez R, Jiménez JL, Rodríguez A, editores. Centros de día de soporte social para personas con enfermedad mental crónica. Programas básicos de intervención. Madrid: Red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, 2009.
- (11) Casas E, Escandell MJ, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2010; 30(1): 25-47.
- (12) Albert M, Becker T, McCrone P, Thornicroft G. Social network and mental health service utilisation. A literature review. *Int J Soc Psychiatry.* 1998; 44 (4): 248-266.
- (13) Bengtsson Tops A, Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to socio-demographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry.* 2001; 47(3):67-77.
- (14) Hammer M, Makiesky Barrow S, Gutwirth L. Social networks and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1978; 4: 522-544.
- (15) Slade M, Bird V, Melto J, Le Boutillier C. Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *Br J Soc Work.* 2012; 42: 443-660.

- (16) Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996; 18(4):153-163.
- (17) Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*. 2012; 24(2): 255-262.
- (18) Touriño González R, Inglott Domínguez R, Baena Ruiz E, Fernández Fernández J. Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. Barcelona: Glosa; 2004.
- (19) Gracia E, Herrero J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Rev Latinoam Psicol*. 2006; 38(2): 327-342.
- (20) Norman R, Malla A, Manchanda R, Harricharan R, Takhar J, Northcott S. Social support and three year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2005; (80): 227-234.
- (21) Vega MT, Pereira MA. Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales. *Glob J Community Psychol Pract*. 2012; 3(4): 1-5.
- (22) Davis L, Brekke J. Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry Res*. 2014; 215(1): 39-45.
- (23) Tew J, Ramon S, Slade M, Bird V, Melton J, Le Boutillier C. Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *Br J Soc Work*. 2012; 42: 443-460.
- (24) Lin N. Conceptualizing social support. En: Lin N, Dean A, Ensel WM, editores. *Social Support, Life Events and Depression*. Nueva York: Academic Press, 1986.
- (25) Pastor A, Pradana ML, Carrasco O, Veihl L. El estado de la evaluación en rehabilitación psicosocial en España. *Primeras Aproximaciones. Rehabilitación Psicosocial*. 2009; 1-2 (9): 289-304
- (26) Ferrari H, Nunes M, Marín F. Evaluación del soporte social: análisis de literatura en la base de datos EBSCO, búsqueda académica entre 2001 y 2011. *Psicología desde el Caribe*. 2014; 31(2): 280-303.
- (27) Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988; 52 (1): 30-41.
- (28) Terol MC, López S, Cannen M, Rodríguez J, Pastor MA, Martín M. Apoyo social e instrumentos de evaluación. *Anuario de Psicología*. 2004; 35(1): 23-45.
- (29) Tardy CH. Social support measurement. *Am J Community Psychol*. 1985; 13(2): 187-202.
- (30) García Cubillana P, Luna J, Laviana M, Fernández L, Perdiguero D, López M. Adaptación y fiabilidad del cuestionario de red social, versión española del “Questionario sulla rete sociale” aplicado a personas con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2006; 26 (97): 135-150.
- (31) Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. Validation of the modified DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire in patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48:1675-1685.
- (32) Calvo F, Alemán L. Validación del Cuestionario de Apoyo Social (CAS): estudio preliminar. *Ansiedad y estrés*. 2006; 12 (1):63-74.

- (33) De la Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*. 2005; 6 (1):10-18.
- (34) Landeta O, Calvete E. Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*. 2002; 8(2-3): 173-182.
- (35) OECD Better Life Index. 2015. Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es>
- (36) Martín López-Andrade L, Alvarez N, Pérez JC, Baruque S, Rodríguez P, de la Torre C, et al. El loco y el profesional. Los dos sujetos de la psiquiatría. En: Gay E, Carmoña J, Del Río F. El sujeto: el sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015.
- (37) Freeman D, Bentall R, Garety P. *Persecutory Delusions: Assessment, Theory and Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- (38) Bentall R, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(3): 236-247.
- (39) Vega MT, Pereira MA. Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales de salud. *Glob J Community Psychol Pract*. 2012; 3(2): 1-5.
- (40) Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Diferencias de género en los síntomas y el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Psiquiatría.com*. 2011; 15:29.
- (41) Beck A, Rector A. *Esquizofrenia: Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós; 2010.
- (42) Roder V, Brenner H, Kienzle N, Fuentes I. *Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT)*. Granada: Alborán Editores; 2007.
- (43) Salomon J, Simond J. *Grupos de Terapia Multifamiliar: ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2014.
- (44) Loat M. *Mutual support and mental health. A route of recovery*. Londres: JKP Publishers; 2011.
- (45) Corrigan P. Strategic stigma change (SSC): Five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatr Serv*. 2011; 62(8): 824-826.
- (46) Law H, Morrison A. Recovery in psychosis: A Delphi study with experts by experience. *Schizophr Bull*. 2014; 40(6): 1347-1355.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más Bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7

FIGURA 1

Red de recursos de rehabilitación psicosocial

**ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID:
COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED**

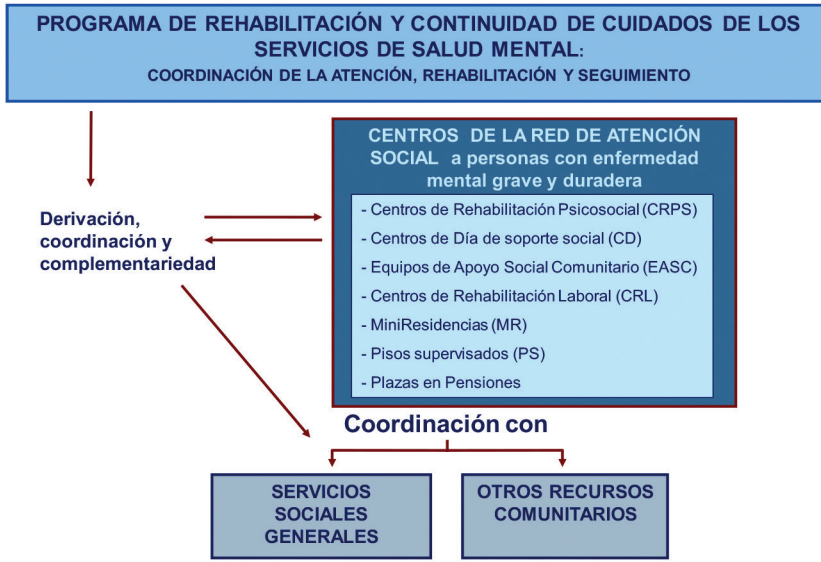


FIGURA 2

Áreas involucradas en los procesos de recuperación

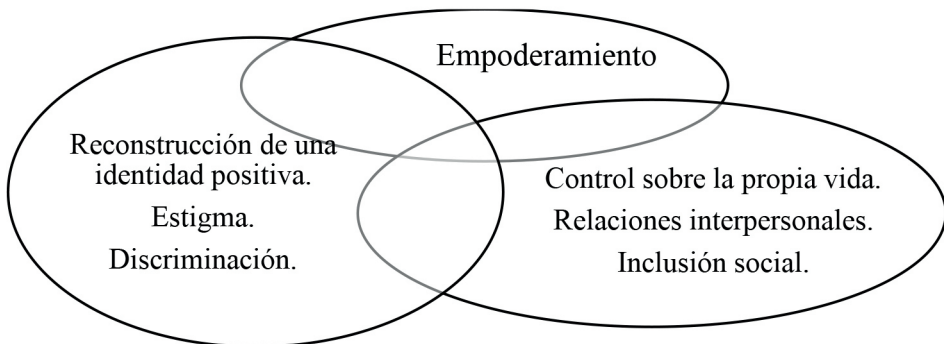
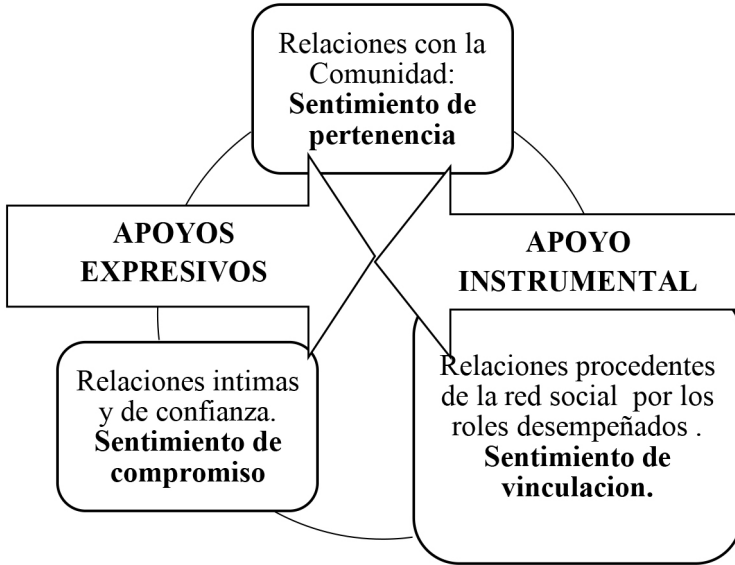


FIGURA 3

*Obtención de apoyo social por la vinculación del individuo a tres contextos.
Adaptación del modelo de Lin³ (24)*



³ Lin definió el apoyo social como "la provisión expresiva o instrumental, percibida o real, proporcionada por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas". Cada uno de estos niveles aporta un tipo de apoyo social diferente.

TABLA I

Instrumentos de apoyo social que cumplen con dimensiones descritas por Tardy

Autores/ Instrumento	Población sobre la que se aplicó	Características instrumento/ dimensiones medidas	Dimensiones analizadas según Tardy	Autores/ Instrumento
García Cubillana y cols. (30)/ CURES	TMG en dispositivos residenciales (más del 85% diagnosticado de esquizofrenia)	Cuestionario. 11 ítems. Calidad y frecuencia de los contactos sociales y apoyo afectivo	Dirección, Disposición, Descrito, Contenido y Redes	N=30/ 225 Consistencia interna (0,723)
Mas L. y cols. (31)/ Duke- UNC	TMG (esquizofrenia)	Escala tipo Likert. 11 ítems/ Apoyo Afectivo y Apoyo confidencial.	Dirección (recibida), Disposición, Descrito, Contenido, Redes (sólo en algún ítem)	N=241 Consistencia Interna (0,88) Consistencia interna apoyo confidencial (0,86) Consistencia interna apoyo afectivo (0,69)
Calvo F. (32) Cuestionario de apoyo social (CAS)	Población general	Cuestionario 13 ítems. Tres factores: Amistad, Ausencia de soledad y familia, y Esfuerzo	Dirección (recibida), Disposición situaciones reales, Descrito, Contenido (instrumental, emocional), Redes (amigos, familia)	N=200 Consistencia Interna (0,81) Factor 1: 0,83 Factor 2: 0,81 Factor
Gracia Herrero (19)/ Escala de Apoyo Social comunitario percibido	Población general	Cuestionario de 14 ítems. Tres factores: Integración Comunitaria, Participación comunitaria, Organizaciones.	Dirección (recibida y provista), Disposición, Descrito, Contenido (comunidad, instrumental, emocional)	N=1051 Consistencia interna (0,87) Factor 1:0,76 Factor 2: 0,83 Factor 3: 0,54

Autores/ Instrumento	Población sobre la que se aplicó	Características instrumento/ dimensiones medidas	Dimensiones analizadas según Tardy	Autores/ Instrumento
Revilla Ahumada (33)/ Cuestionario MOS	Población diagnosticada de EPOC, diabetes, hipertensión arterial	20 ítems, con una pregunta específica sobre cantidad de amigos/ familiares ceranos con los que cuenta y 19 ítems escala Likert (5 niveles de respuesta). Apoyo información, afectivo, instrumental.	Dirección (recibida), Disposición, Descrito, Contenido, Redes (sólo en algún ítem)	N=301 Consistencia Interna(0,9411; 0,8557; 0,8707)

TABLA 2

Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en diferentes poblaciones aplicadas

Autores/ Instrumento	Población sobre la que se aplicó	Características instrumento/ dimensiones medidas	Dimensiones analizadas según Tardy¹	Autores/ Instrumento
Zimet y cols. (27)	Estudiantes universitarios. Estados Unidos.	Escala tipo Likert (7 intervalos) de 12 ítems. Tres factores: Amistad, Familia y Personas relevantes.	Dirección (recibida), Disposición, Descrito, Contenido (afectivo), Redes	N= 275. Consistencia interna (0,88) Factor Personas relevantes =0,91 Factor Familia=0,87 Factor Amigos =0,85
Landeta O. & Calvete E. (34). Escala Multidimen- sional de apoyo social percibido.	Estudiantes universitarios España.	Variación con respecto a la original (6 intervalos de respuesta)	N=803. Consistencia interna (0,89) Personas relevantes=0,89 Familia= 0,89 Amigos= 0,92

TABLA 3

Participantes por centro

Ubicación Centros de Día	Frecuencia	Porcentaje
Espartales Sur (Alcalá de Henares)	25	42,4
Arganzuela	19	32,2
Aranjuez II	15	25,4

TABLA 4
Características sociodemográficas y clínicas

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Mujeres	21	35,6
Varones	38	64,4
<i>Edad</i>		
25-35	5	8,6
36-46	19	32,7
47-57	22	37,9
58-65	12	20,6
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	8	13,6
Básicos (EGB)	29	49,2
Formación Profesional	6	10,2
Bachillerato (COU)	13	22,1
Universitarios	3	5,1
<i>Estado civil</i>		
Soltero	41	69,5
Casado	2	3,4
Pareja	1	1,7
Divorciado	15	25,4
<i>Convivencia</i>		
Familia de origen	29	49,2
Familia propia	3	5,1
Recursos públicos	15	25,4
Solo	7	11,9
Unidad clínica larga estancia	4	6,8
Otros (habitación piso alquiler)	1	1,7
<i>Diagnóstico</i>		
Esquizofrenia	46	77,9
Trastorno Bipolar	2	3,4
Depresión mayor	1	1,7
Trastorno de personalidad	6	10,1
Trastorno Esquizoafectivo	3	5,1
<i>Folieu a deux</i>	1	1,7

	Frecuencia	Porcentaje
Años Diagnostico		
Entre 1-5	3	5,1
De 6-10	3	5,1
De 11-15	6	10,1
De 16-20	10	17
De 21-30	22	37,28
Más de 30	15	25,42
Tiempo en el recurso		
1-2 años	28	47,45
3-4 años	24	40,67
5-7 años	7	11,88

TABLA 5
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado	
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza
Amigos	6,361	53,006	53,006	6,361	53,006
Familia	1,967	16,388	69,394	1,967	16,388
Personas relevantes	1,123	9,362	78,756	1,123	9,362

TABLA 6
Análisis de componentes principales rotados

Amigos	Familia	Personas relevantes
Ítem6 (r=0,887)	Ítem3 (r=0,664)	Ítem1 (r=0,686)
Ítem7 (r=0,888)	Ítem4 (r=0,866)	Ítem2 (r=0,810)
Ítem9 (r=0,812)	Ítem8 (r=0,889)	Ítem5 (r=0,726)
Ítem12 (r=0,923)	Ítem11 (r=0,872)	Ítem10 (r=0,773)