Psicothema
ISSN: 0214-9915
psicothema@cop.es
Universidad de Oviedo
España

Cabañero Martínez, Mª José; Richart Martínez, Miguel; Cabrero García, Julio; Orts Cortés, Mª Isabel; Reig Ferrer, Abilio; Tosal Herrero, Beatriz

Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas

Psicothema, vol. 16, núm. 3, 2004, pp. 448-455
Universidad de Oviedo
Oviedo, España

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72716318

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicothema 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 448-455
www.psicothema.com

ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG
Copyright © 2004 Psicothema

Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas

Mª José Cabañero Martínez, Miguel Richart Martínez, Julio Cabrero García, Mª Isabel Orts Cortés, Abilio Reig Ferrer y Beatriz Tosal Herrero*
Universidad de Alicante y * Hospital Universitario de San Juan (Alicante)

El presente estudio analiza las propiedades psicométricas de la versión en castellano de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) utilizando como muestra 588 mujeres en período de gestación y puerperio. Se examinó la fiabilidad de la escala a través del alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,82. El análisis de componentes principales mostró un único factor que explicaba el 58,6% de la varianza. Las evidencias convergentes y discriminantes de validez de la escala, con las dimensiones de las Láminas COOP-WONCA y el Perfil de Salud de Nottingham, mostraron que el constructo satisfacción vital obtiene mayores correlaciones con los indicadores de la dimensión psicológica que con aquellos que hacen referencia a la dimensión física, con los que no obtuvo relación significativa. Los ítems referidos al dominio social y, seguidamente, aquellos relacionados con la energía, el dolor y el sueño mostraron correlaciones estadísticamente significativas pero menores que los de la dimensión psicológica.

Reliability and validity of the satisfaction with life scale of Diener in pregnant and puerperium women. This study analyzes the psychometric properties of the Spanish version of the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) in 588 pregnant women or in puerperium.The reliability was examined with the alpha of Cronbach, whose value was 0,82 and the analysis of the main components showed a single- factor solution accounting for 58,6% of the variance. The convergent and discriminant evidence was analyzed with the domains of COOP-WONCA Charts and The Nottinghan Health Profil: the life satisfaction obtained significant relationship with the indicators of the mental domain and it didn't show significant relation with the physical domain. The items about social domain and then those related to energy, pain and sleep showed statistically significant relations, but lower than those related to the psychological domain.

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. Este concepto de bienestar subjetivo incluye dos componentes claramente diferenciados y que han seguido líneas de investigación paralelas: por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener y Lucas, 1999). En el presente estudio vamos a ocuparnos del componente cognitivo del bienestar subjetivo.

La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas (Diener et al., 1985; Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991). Basándose en esta definición teórica y puesto que los instrumentos que se habían desarrollado hasta el momento, o constaban de un único ítem, o sólo eran apropiados para poblaciones de la tercera edad, o incluían otros factores además de la satisfacción con la vida, Diener et al. (1985) crearon una escala multi-ítem para medir la satisfacción vital. El instrumento resultante mostró buenas propiedades psicométricas: alfa de Cronbach de 0,87, correlación test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75. El análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza. Estudios posteriores, con diferentes poblaciones, han mostrado propiedades similares: estudiantes universitarios (Harrington y Loffredo, 2001; Kafka y Kozma, 2002; Lewis, Shevlin, Bunting y Joseph, 1995; Lucas, Diener y Suh, 1996; Pavot et al., 1991; Pavot y Diener, 1993; Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2001; Shevin, Brunsden y Miles, 1998; Shevlin y Bunting, 1994), personas de la tercera edad (Pavot et al., 1991; Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2000), adolescentes (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000; Pons et al., 2000), reclusos (Joy, 1990, citado en Atienza, 2000), religiosas (McGarrahan, 1991, citado en Atienza, 2000), adultos jóvenes (Arridell, Heesink y Feij, 1999) y varones y mujeres adultos (Baerger y McAdams, 1999).

Aunque las investigaciones sobre este concepto se han desarrollado básicamente en el ámbito de la psicología, su medición también ha sido frecuente en el campo de la medicina.

Los estudios llevados a cabo en el ámbito de la psicología, con el ánimo de dilucidar cuestiones conceptuales, han puesto en rela-

Fecha recepción: 30-9-03 • Fecha aceptación: 18-2-04
Correspondencia: Mª José Cabañero Martínez
Departamento de Enfermería
Universidad de Alicante
03690 Alicante (Spain)
E-mail: Mariajose.cabanero@ua.es

ción la satisfacción vital con variables psicológicas como la extraversión, la introversión, el neuroticismo, la autoestima, la euforia, la disforia, la sociabilidad y los sentimientos de soledad y felicidad, entre otros (Arridel et al., 1999; Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985; Harrington y Loffredo, 2001; Lucas et al., 1996; Pavot y Diener, 1993).

Por el contrario, frente a esta finalidad básicamente teórica de la mayor parte de las investigaciones realizadas desde la psicología (véase, por ejemplo, Castro y Díaz, 2002; Díaz y López, 2002), en el campo de la investigación médica su medición ha tenido una finalidad mucho más práctica. La satisfacción vital se ha utilizado como un indicador global de calidad de vida relacionada con la salud, lo que algunos autores han llamado «Overall Quality of Life» (Wilson y Cleary, 1995). Resumiría el impacto de los problemas de salud sobre la vida de las personas (Bergner, 1989; Testa, 1996). Así, por ejemplo, la escala de Diener ha sido utilizada para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con fallo renal sometidas a hemodiálisis (Kimmel et al., 1995a; Kimmel et al., 1995b).

La satisfacción vital es un constructo controvertido en sí mismo que resulta más complejo al ubicarlo en el ámbito de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Existen tantas polémicas sobre el constructo de CVRS y sobre sus definiciones operacionales que, al analizar el contenido de los instrumentos, algunos autores se han encontrado con una auténtica «torre de Babel» (Mor y Guadagnoli, 1988). Como Pandierna, Fernández y González (2002) han indicado, la calidad de vida es un término polivalente que ha sido utilizado en la literatura científica aludiendo a condiciones relativas al bienestar, confort, subjetividad y multidisciplinaridad. Pero, a pesar de todas las discusiones, existe un amplio consenso entre los investigadores en que su evaluación debe contemplar, básicamente, tres dimensiones: funcionamiento psicológico, funcionamiento social y funcionamiento físico (Arnold, 1991; Kaplan y Anderson, 1990; Reig, 2003; Richart, Reig y Cabrero, 1999). Aunque, en principio, resultaría lógico pensar que la satisfacción vital podría ser uno de los indicadores del funcionamiento psicológico, lo cierto es que, en el contexto conceptual de la CVRS, la satisfacción con la vida es considerada a otro nivel, no como un elemento o indicador de una de las dimensiones de la CVRS, sino, como ya se ha dicho, como un indicador macro, en el que participan, en mayor o menor medida, las tres dimensiones señaladas.

Muchos autores han elaborado modelos teóricos sobre las relaciones que deberían mantener entre sí las dimensiones física, psicológica y social de la CVRS, las relaciones de diferentes indicadores de cada una de ellas (por ejemplo, energía, dolor, ansiedad) o las relaciones entre unas (dimensiones), otros (indicadores)y medidas de mayor nivel o más globales como puntuaciones totales sobre la calidad de vida, la satisfacción vital, el bienestar o la salud percibida (por ejemplo, Smith, Avis y Assmann, 1999; Stuifbergen, Seraphine y Roberts, 2000; Wilson y Cleary, 1995). Pero pocos, en cambio, han intentado confirmar empíricamente los modelos expuestos. Entre éstos, el único estudio metaanalítico publicado hasta la fecha (Smith et al., 1999) presenta un modelo estructural en el que intentan establecer el peso de las relaciones de cada uno de los dominios de CVRS, físico, mental y social, con las percepciones globales que ofrecen una única puntuación, como son la satisfacción vital, el estado de salud y la calidad de vida. En dicha investigación los autores establecen teóricamente que los tres dominios mencionados van a estar presentes en las percepciones globales, satisfacción vital, calidad de vida, bienestar y salud percibida, y lo harán con pesos diferentes en cada una de ellas. Sin

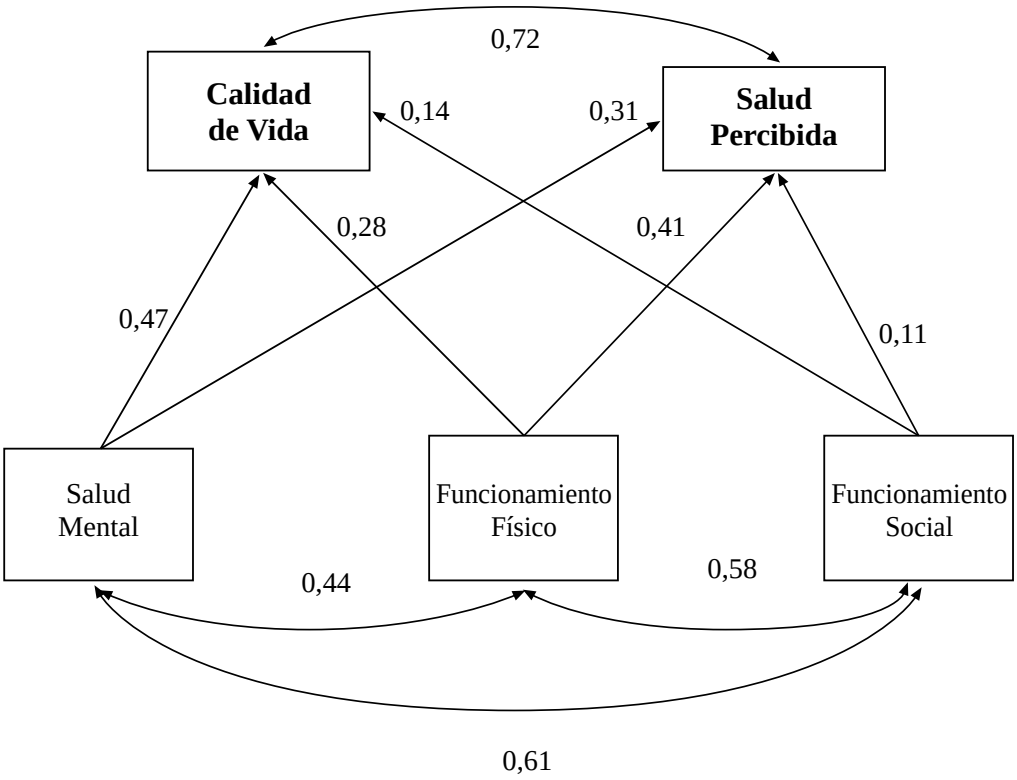


Figura 1. *Efectos entre los dominios de calidad de vida y la salud percibida. P<0,001 (Smith et al., 1999)*

embargo, a nivel empírico se centran únicamente en establecer el peso que cada dimensión, física, mental y social, tiene en las percepciones de calidad de vida y salud percibida. Así, muestran que la dimensión psicológica tiene mayor peso en la calidad de vida y mucho menor en la salud percibida y, por el contrario, ésta se ve influenciada principalmente por el dominio físico y en menor grado por el psicológico (Figura 1).

Ante lo expuesto hasta el momento y la ausencia de confirmación empírica de las relaciones entre la satisfacción vital y las tres dimensiones básicas de la CVRS, en nuestro análisis intentaremos mostrar dichas relaciones partiendo de las hipótesis básicas que se desprenden del estudio de Smith et al. (1999) y de los estudios teóricos desarrollados desde la psicología. Así, puesto que, tal y como muestran los estudios sobre el bienestar, la satisfacción vital mantiene importantes relaciones con variables afectivas –ansiedad y depresión– (Diener y Lucas, 1999) y, por otro, la calidad de vida es predicha, sobre todo por la dimensión psicológica (Smith et al., 1999) esperamos confirmar que las relaciones de la satisfacción vital con ítems globales sobre calidad de vida se encontrarán entre las más altas. También serán altas las asociaciones entre la satisfacción vital y los indicadores de la dimensión psicológica de la CVRS, obteniéndose, por el contrario, asociaciones bajas o ausencia de éstas con los indicadores de los otros dominios de la calidad de vida, especialmente los referidos a la dimensión física. También, como ha ocurrido en estudios previos con otras poblaciones, esperamos encontrar una estructura unidimensional del constructo satisfacción vital. Nuestro estudio pretende, por tanto, examinar la validez de la Escala de Satisfacción Vital (ESV) en el contexto de la evaluación de la CVRS y en una población poco estudiada: embarazadas y puérperas. Para el análisis de la validez de constructo de dicho instrumento utilizaremos dos cuestionarios genéricos de calidad de vida.

Método

Personas

Participaron en el estudio 588 mujeres, embarazadas y puérperas. 133 se encontraban entre la 8ª y 12ª semana de embarazo, 155 entre la 18ª y 22ª semana, 203 entre la 37ª y 42ª y 97 de ellas en el período de puerperio. Fueron seleccionadas, de modo accidental, en sus centros de referencia de las provincias de Alicante, Murcia y Valencia, y se les solicitó verbalmente el consentimiento informado.

La edad media de las participantes fue de 29,42 años (dt: 4,88). El 88,6% estaban casadas, únicamente un 3,7% estaban solteras y el resto convivían en pareja o estaban divorciadas. El 53,3% tenía estudios primarios, el 28,8% secundarios y un 17,2% superiores. En el 48,3% de los casos el nivel de ingresos familiares anuales oscilaba entre 6.000 y 12.000 ¤, un 15,9% recibían menos de 6.000 ¤ y el 30,3% más de 12.000 ¤. El 53,7% no presentaban ningún factor de riesgo obstétrico según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia –SEGO– (García y Méndez-Bauer, 1994). El 45,6% de las participantes eran primigestas, para el 36,3% era su segunda gestación y el resto habían tenido dos o más embarazos previos.

Diseño y materiales

El estudio tiene un diseño transversal, en el que se utilizó como instrumento de medida de la satisfacción vital la «Escala de Satisfacción con la Vida» –ESV– (Diener et al., 1985). Con el ánimo de no poner en circulación una nueva versión, utilizamos la traducción que figura en el texto de Arce (1994). Para valorar la equivalencia lingüística respecto a la versión original, dos personas bilingües, un profesor de Psicología de la Universidad de Tejas y una licenciada en Filología española por la misma Universidad, retrotradujeron la versión castellana y la compararon con el original siguiendo el esquema propuesto, en el año 1993, por Esteve et al. (ítems A, B, C). Todos los ítems fueron valorados con nivel A por ambos retrotraductores. El cuestionario consta de cinco ítems con alternativa de respuesta múltiple, que oscilan entre 5 «muy de acuerdo» y 1 «muy en desacuerdo». La calidad de vida fue evaluada a través de la versión española de las Láminas COOP-WONCA –*Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/Wonca*– (Lizán y Reig, 1999) y a través de la versión española del «Perfil de Salud de Nottingham» (Alonso, Antó y Moreno, 1990). Las Láminas COOP-WONCA están constituidas por nueve escalas, de un único ítem, con alternativas de respuesta tipo Likert de cinco puntos: forma física, sentimientos, grado de realización de las actividades cotidianas, realización de actividades sociales, cambios del estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. No se utilizó en el análisis la lámina sobre cambios en el estado de salud, ya que su escala de medida es diferente a las del resto (Lizán y Reig, 1999).

El Perfil de Salud de Nottingham (PSN) consta de dos partes. La primera está formada por 38 ítems pertenecientes a 6 dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Los ítems representan diferentes estados de salud. Las personas que contestan deben indicar, para cada uno de ellos, si son aplicables a sus circunstancias mediante respuesta Sí/No. Las puntuaciones para cada dimensión ofrecen un valor entre 0 y 100, es decir, se obtienen seis puntuaciones diferentes, lo que proporcionará un perfil del estado de salud percibida (Alonso, Prieto y Antó, 1994; Badia, Salmero y Alonso, 2002). En el presente estudio, las puntuaciones han sido calculadas para cada dimensión dividiendo la suma del total de respuestas positivas entre el número total de los ítems de cada dimensión. La segunda parte no fue utilizada en el análisis.

Procedimiento

Las entrevistas se realizaron en los hospitales de Elche, Alicante, San Juan, Caravaca y Murcia, así como en los centros de atención primaria de Elche (Tóscar, Carrús y Altabix), Almoradí, Beniel, Santomera, Alquerías, Bullas, Cehegín, Alicante (Santa Faz y Babel), Muchamiel, Santa Pola, Sagunto, Biar, L'Eliana, Puig y Crevillente. Los responsables de realizar las entrevistas fueron cinco matronas, tres enfermeras y once residentes de matrona. Todas ellas participaron en sesiones de entrenamiento para aplicar correctamente los instrumentos y minimizar los sesgos que podrían introducirse como consecuencia de variaciones en la situación de medida.

Los cuestionarios fueron autocumplimentados en los centros sanitarios de referencia de las participantes. Se les proporcionaba un cuadernillo que contenía la ESV, las láminas COOP-WONCA, el PSN y un último cuestionario que incluía preguntas sobre el deseo y la satisfacción con el embarazo y cuestiones sociodemográficas. El orden en que se administraban los tres primeros iba variándose, existiendo cinco posibilidades, evitando así que los datos obtenidos se vieran influidos por el orden preestablecido. En cuanto al análisis estadístico, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los ítems. La fiabilidad de la escala se calculó

mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La estructura interna del instrumento fue estudiada a través del análisis de componentes principales. Para examinar las evidencias de validez convergente y divergente se calcularon las matrices de correlaciones entre la satisfacción y las diferentes dimensiones de los instrumentos de CVRS citados. Siguiendo la lógica de las matrices multirrasgo-multimétodo, los indicadores convergentes y divergentes se agruparon calculando las correlaciones promedio de unos y otros.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0, en un PC con procesador Pentium II.

Resultados

Análisis descriptivo

La tabla 1 muestra las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de cada uno de los ítems de la ESV y de la puntuación total.

No hubo diferencias estadísticamente significativas (F= 1,89; p>0.1) entre las mujeres que se encontraban en los diferentes trimestres del embarazo y el puerperio. Así, la media fue de $\bar{x}$= 19,68 (dt: 3,48) en las mujeres del primer trimestre del embarazo, $\bar{x}$= 19,06 (dt: 3,26) en las del segundo, $\bar{x}$= 19,71 (dt: 3,32) en las del tercer trimestre y de $\bar{x}$= 19,89 (dt: 3,28) en el puerperio.

Fiabilidad

El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,82. La tabla 2 muestra las correlaciones ítem-test y el coeficiente alfa corregido. En todos los casos, los índice ítem-test fueron altos y los valores alfa corregidos obtenidos fueron aceptables y similares entre ellos, lo que significa que la eliminación de cualquier ítem no produce un aumento en la consistencia interna de la escala.

Análisis de componentes principales

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin es de 0,82, por lo que las correlaciones entre parejas de ítems seleccionados pueden ser explicadas por el resto. La prueba de esfericidad de Bartlett (Chi-cuadrado= 976,13; p<0,0001) muestra la existencia de una alta dependencia entre los cinco ítems. El análisis de componentes principales extrajo un único factor, que explicaba el 58,6% de la varianza y cuyo autovalor fue 2,93 (Tabla 3).

Los ítems de la escala mostraron moderadas correlaciones entre ellos (tabla 4), cuyos valores oscilan entre 0,57 (p<0,0001) para los ítems 1 y 2, y 0,40 (p<0,0001) para los ítems 2 y 4.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los ítems y de la puntuación final de la Escala de Satisfacción con la Vida

	$\bar{x}$	dt	Mín.-Máx.
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	3,73	0,89	1-5
Las condiciones de mi vida son excelentes	3,86	0,83	1-5
Estoy satisfecho con mi vida	4,16	0,74	1-5
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	4,08	0,86	1-5
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	3,72	1,04	1-5
Escala de Satisfacción con la Vida	19,56	3,34	5-25

n= 588

Tabla 2
Correlaciones ítem-test y coeficientes alfa corregidos

	Correlación ítem-test	Alfa corregido
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	0,57	0,79
Las condiciones de mi vida son excelentes	0,63	0,78
Estoy satisfecho con mi vida	0,65	0,78
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	0,59	0,79
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	0,64	0,78

n= 588

Tabla 3
Pesos factoriales de los ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida

	Componente I
	Pesos Factoriales
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	0,73
Las condiciones de mi vida son excelentes	0,78
Estoy satisfecho con mi vida	0,79
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	0,74
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	0,78

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 4
Correlaciones entre los ítemes de la Escala de Satisfacción con la Vida

	ESV2	ESV3	ESV4	ESV5
El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar (ESV1)	0,57***	0,43***	0,40***	0,42***
Las condiciones de mi vida son excelentes (ESV2)		0,52***	0,40***	0,49***
Estoy satisfecho con mi vida (ESV3)			0,52***	0,53***
Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida (ESV4)				0,54***
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual (ESV5)				

*** *p<0,0001; n = 588*

Estudios de validación basados en las relaciones con otras variables: evidencias convergentes y discriminantes

La validez fue evaluada relacionando la ESV con las láminas COOP-WONCA y el Perfil de Salud de Nottingham.

Las correlaciones obtenidas con el primero de ellos (Tabla 5) son estadísticamente significativas para ocho de las nueve láminas. La mayor correlación se obtiene con la lámina de calidad de vida, seguida, de forma decreciente, por la lámina de sentimientos, el estado de salud, las actividades sociales, el apoyo social, el dolor, el cambio de salud y la lámina de actividades cotidianas. La única variable que no presenta correlación estadísticamente significativa con la satisfacción vital es la lámina que hace referencia a la forma física.

En cuanto al Perfil de Salud de Nottingham, de las seis dimensiones, cinco correlacionaron significativamente con la ESV. La de mayor correlación fue obtenida con las reacciones emocionales, seguida, en orden decreciente, por las dimensiones aislamiento social, energía, sueño y dolor. La dimensión movilidad física no muestra asociación significativa con la satisfacción con la vida (Tabla 6).

Las correlaciones obtenidas entre la satisfacción vital y las medidas de la dimensión emocional en ambos cuestionarios (sentimientos en el COOP-WONCA y reacciones emocionales en el PSN) se sitúan entre las más altas. Por el contrario, las correlaciones obtenidas con los indicadores de la dimensión física –forma física y movilidad física– no muestran correlaciones estadísticamente significativas. Sólo las actividades cotidianas del COOP-WONCA obtienen una correlación baja, pero estadísticamente significativa. Las correlaciones de la ESV y los indicadores de la dimensión social presentan valores altos, pero menores a los obtenidos con los indicadores de la dimensión emocional. En cuanto a los síntomas –energía, dolor y sueño–, en el caso del PSN alcanzan correlaciones estadísticamente significativas, con valores intermedios entre los calculados para las dimensiones emocional y física. En las láminas COOP-WONCA, el dolor presenta correlaciones estadísticamente significativas con un valor más elevado. Las láminas referidas a percepciones globales –calidad de vida y estado de salud del COOP-WONCA– exhiben correlaciones estadísticamente significativas con valores que se sitúan entre los más elevados.

Una vez obtenidos estos resultados, y con la finalidad de conseguir un panorama más nítido, se hallaron promedios de las correlaciones, agrupando las variables en cuatro dimensiones, que aparecen ordenadas de modo decreciente en la tabla 7.

Como podemos observar, las correlaciones con valor más alto se obtiene con la dimensión psicológica, seguido por la dimensión social, la sintomatología y la dimensión física, que exhibe el promedio de correlaciones más bajo.

Tabla 5
Correlaciones entre la ESV y las dimensiones del COOP-WONCA

Láminas COOP-WONCA	**ESV**
1. Forma física	0,07
2. Sentimientos	0,35***
3. Actividades cotidianas	0.20***
4. Actividades sociales	0,24***
5. Cambio del estado de salud	0,16***
6. Estado de salud	0,29***
7. Dolor	0,23***
8. Apoyo	0,23***
9. Calidad de vida	0,40***

*** *p<0,0001; n= 584*

Tabla 6
Correlaciones entre la ESV y las dimensiones del PSN

Dimensiones PSN	**ESV**
1. Energía	0,22***
2. Dolor	0,16***
3. Movilidad física	0,06
4. Reacciones emocionales	0,39***
5. Sueño	0,14***
6. Aislamiento social	0.37***

*** *p<0,0001; n= 588*

Discusión

Los resultados indican que la versión española de la Escala de Satisfacción con la Vida, utilizada en nuestro estudio, presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias.

Las medias y desviaciones típicas de cada uno de los ítems prácticamente no varían, como tampoco lo hacen las medias de satisfacción vital obtenidas en los diferentes momentos de medición, lo que significa que las mujeres que se encuentran en distintos períodos de gestación y puerperio no muestran diferencias en su satisfacción vital. Y ello a pesar de que la capacidad funcional y la movilidad empeoran con el transcurso del embarazo (Hueston y Kasil-Miller, 1998; Richart, Cabrero, Reig, Tosal y Orts, 2001).

La puntuación media (19,5) es ligeramente superior a la obtenida por Diener et al. (1985) con ancianos (18,4) y a la obtenida por Arridel et al. (1999) con adultos jóvenes (18,7); y superior a las obtenidas por Diener et al. (1985) y Reig et al. (2001) con es-

Tabla 7
Promedio de correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y la Escala de Satisfacción con la Vida (ESV)

Dimensiones de Calidad de Vida	**ESV**	**Promedio (r)**
D. Psicológica		
Sentimientos	0,35***	
Reacciones emocionales	0,39***	0,37
D. Social		
Actividades sociales	0,24***	
Apoyo social	0,29***	
Aislamiento social	0,37***	0,28
Sintomatología		
Dolor (COOP-WONCA)	0,23***	
Dolor (PSN)	0,16***	
Energía	0,22***	
Sueño	0,14***	0,19
D. Física		
Forma física	0,07	
Actividades cotidianas	0,20***	
Movilidad física	0,06	0,l1

*** *p<0,0001*

tudiantes universitarios estadounidenses (16,8) y españoles (16,6), respectivamente. Dado que la satisfacción vital supone un juicio sobre lo que esperábamos obtener y lo que hemos conseguido (Diener et al., 1985) la mayor puntuación en el grupo de embarazadas frente a la obtenida por los estudiantes universitarios es un resultado lógico si tenemos en cuenta que la mayoría de las mujeres de nuestro estudio, con su embarazo, satisfacen uno de sus deseos, mientras los estudiantes, por el hecho de serlo, permanecen a la espera de cubrir sus objetivos vitales.

La consistencia interna (α de Cronbach= 0,82) es similar a la obtenida en otros estudios: 0,82 (Arridell et al., 1999), 0,84 (Atienza et al., 2000), 0,87 (Diener et al., 1985), 0,85 (Pavot y Diener, 1993) y 0,83 (Pavot et al., 1991). En cuanto al coeficiente α corregido, los datos muestran que la extracción de cualquiera de los cinco ítemes no aumenta la consistencia interna de la escala. Estos resultados coinciden con los de Atienza et al. (2000), aunque la versión que ellos utilizan no es la misma que la empleada en este estudio. En la tabla 8 comparamos ambas versiones. Hay diferencias tanto en la traducción como en el orden de los ítems, coincidiendo únicamente en traducción y orden el ítem 3 y en orden el 1. También, las correlaciones ítem-test se encuentran entre los valores obtenidos por Arridell et al. (1999); Atienza et al. (2000); Diener et al. (1985) y Pavot et al. (1991).

En cuanto a la validez de constructo, el análisis de componentes principales muestra la presencia de un único factor, lo que coincide con todos los estudios publicados sobre este instrumento (Arridell et al., 1999; Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985; Lewis et al., 1995; Pavot et al., 1991; Pons et al., 2000; Shevin et al., 1998; Shevin y Bunting, 1994). El factor extraído explica el 58.6% de la varianza. Este valor es inferior al hallado por Diener et al. (1985) en una muestra de estudiantes universitarios (66%) y al de Pavot et al. (1991) en una muestra de ancianos (65%) y en otra de estudiantes universitarios (74%), pero superior al extraído por Atienza et al. (2000) con adolescentes españoles (53,7%). Los ítems de la escala mostraron pesos factoriales similares, que oscilaban entre 0,79 y 0,73 y se encuentran entre los obtenidos en otros estudios (Arridel et al., 1999; Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985). No obstante, nuestro estudio muestra unos pesos factoriales más homogéneos que los obtenidos en otros.

Tabla 8
Comparación de la versión utilizada en este estudio con la de Atienza et al., 2000

Escala de Satisfacción con la Vida (Atienza et al., 2000)	**r Ítem-test**	**Pesos factoriales**
1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar	**0,57**	**0,73**
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	*0,69*	*0,76*
2. Las condiciones de mi vida son excelentes	**0,63**	**0,78**
4. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	*0,65*	*0,73*
3. Estoy satisfecho con mi vida	**0,65**	**0,79**
3. Estoy satisfecho con mi vida	*0,74*	*0,83*
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida	**0,59**	**0,74**
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	*0,57*	*0,63*
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual	**0,64**	**0,78**
2. Las circunstancias de mi vida son buenas	*0,63*	*0,70*

En cursiva versión y datos obtenidos por Atienza et al., 2000.
El número que antecede al ítem indica el orden en que aparece en la respectiva versión.

Seguidamente analizaremos las relaciones que la ESV mantiene con la dimensión emocional y física de la CVRS, con la dimensión social, con lo que Smith et al. (1999) consideran síntomas y con los indicadores globales (percepciones) de calidad de vida y estado de salud.

Como esperábamos, las mayores correlaciones se establecen con los indicadores referidos a la dimensión emocional (sentimientos, en las láminas COOP-WONCA y reacciones emocionales, en el PSN). Por el contrario, las asociaciones con indicadores de la dimensión física o no existen o son muy bajas. Las relaciones entre estas dimensiones son más nítidas cuando agrupamos los indicadores por dimensiones y calculamos el promedio de la correlación que cada dimensión mantiene con la satisfacción vital: este promedio es alto en el caso de la dimensión psicológica y bajo en el caso de la física. Esta ausencia de relación entre la dimensión física (movilidad física y forma física) es congruente con lo que señalábamos más arriba al observar que la satisfacción vital no cambia con el transcurso del embarazo a pesar de que sí se ve afectada la movilidad física con el aumento de volumen. La independencia de estas dos variables también se ha observado en otras poblaciones. Así, la satisfacción vital no guarda relación con la capacidad funcional o nivel de funcionamiento en ancianos con una pierna amputada (D'Elboux, 2003) ni en pacientes renales sometidos a hemodiálisis (Kimmel et al., 1995a; Kimmel et al., 1995b).

Las relaciones obtenidas entre la satisfacción vital y variables asociadas al bienestar emocional también apoyan nuestros resultados (Arridell et al., 1999; Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985; Harrington y Loffredo, 2001; Lucas et al., 1996; Pavot et al., 1991; Pavot y Diener, 1993).

En segundo lugar, si evaluamos las relaciones de los indicadores de funcionamiento social con la satisfacción vital se observa que las correlaciones obtenidas se encuentran entre las más elevadas, aunque son menores que las obtenidas con los indicadores del estado emocional. El promedio de sus correlaciones es el segundo más elevado. Los datos disponibles sobre el efecto del apoyo social real o percibido sobre la salud física y psicológica permiten comprender esta asociación. Así, por ejemplo, Gottlieb (1981, citado en Díaz, 1987) puso de relieve la importancia que para el bienestar psicológico tienen las relaciones sociales. También, se ha encontrado una asociación inversa entre los recursos sociales y la mortalidad (Berkman y Syme, 1979; citados en Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992). Autores como Cassell (1974, citado en Fernández-Ballesteros et al., 1992) atribuyen a las relaciones sociales próximas funciones protectoras contra la enfermedad.

También son congruentes con el modelo propuesto por Smith et al. (1999). Según estos autores, el apoyo social influiría en las evaluaciones globales de calidad de vida como extensión que afecta al funcionamiento mental y físico. Su extracción del modelo produciría un aumento de la contribución relativa de la salud mental sobre la calidad de vida, lo que significa que de una forma u otra la salud mental o funcionamiento psicológico absorbe la contribución de la dimensión social sobre los juicios de calidad de vida.

En tercer lugar, al analizar conjuntamente los indicadores referidos a sintomatología (dolor, energía y sueño), el promedio de sus

correlaciones con la satisfacción vital muestra un valor medio más bajo que las correlaciones obtenidas con las dimensiones emocional y social, pero superior al obtenido para la dimensión física. Por separado, este comportamiento se repite con los indicadores energía, dolor y sueño, en el PSN. Sin embargo, el ítem referido al dolor en el COOP-WONCA exhibe una correlación mayor. En vista de los resultados obtenidos, pensamos que es más apropiado considerar estas variables como síntomas, tal y como propone el modelo de Smith et al. (1999), en lugar de considerarlos como dominios o dimensiones de la CVRS, tal y como ocurre en muchos cuestionarios de medida de la salud.

Finalmente, los ítems que hacen referencia a la calidad de vida y al estado de salud exhiben correlaciones altas. La relación entre la satisfacción vital y el ítem de calidad de vida es la más alta de las encontradas, similar a la encontrada con los indicadores de la dimensión emocional. Se fundamenta en la relación de dependencia, mencionada párrafos atrás, entre los posibles estimadores globales de calidad de vida y la influencia de la dimensión psicológica sobre la calidad de vida y la satisfacción vital. La asociación con la salud percibida es una décima menor, pero se encuentra entre las más altas, después de las magnitudes que consiguen los indicadores psicológicos. Los resultados del metaanálisis de Smith et al. (1999) indican que la salud percibida comparte las dimensiones psicológica, social y física con la calidad de vida aunque con diferentes pesos o comportamientos. La psicológica pesaría más en la evaluación de la calidad de vida y la física pesaría más en la evaluación de la salud percibida. Pero ambos conceptos estarían relacionados por el hecho de compartir las tres dimensiones. En cuanto a la satisfacción vital es un concepto más cercano al de calidad de vida que al de salud percibida y, al menos en el contexto de la mujer gestante y puérpera, sobre este juicio ejercería el mayor peso el funcionamiento psicológico, seguido por el funcionamiento social y en menor grado por el funcionamiento físico, cuya influencia sería mucho más baja que en los otros dos conceptos. Este resultado es congruente con diferentes estudios que muestran cómo la satisfacción vital es independiente de la pérdida de capacidad funcional en mujeres embarazadas (Richart et al., 2001).

Entre las limitaciones del estudio debemos señalar el posible artefacto de método introducido al realizar comparaciones de medidas mono-ítem y multi-ítem y el posible efecto suelo que en ocasiones se produce en el PSN en población general y que podría haber afectado, principalmente, a las mujeres que se encontraban en el primer trimestre del embarazo. Este artefacto puede dar cuenta de que las asociaciones entre la Escala de Satisfacción Vital y las dimensiones del PSN sean, en general, más bajas que las obtenidas con el COOP-WONCA, cuando debiera esperarse lo contrario, ya que la varianza aportada por cada lámina del COOP-WONCA es menor que la que debiera aportar cada dimensión del PSN. En cualquier caso, la red nomológica de relaciones entre variables se ajusta a lo esperado teóricamente, por lo que consideramos que estas limitaciones no han supuesto un serio problema para nuestro estudio.

Ante los resultados obtenidos, consideramos de interés proseguir el análisis sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985) para evaluar su comportamiento en otras poblaciones, como se han venido realizando con la versión en inglés. Además, como ya comentamos en la introducción, la investigación en este ámbito demanda estudios que clarifiquen las relaciones entre las diferentes dimensiones de calidad de vida con medidas globales como la satisfacción con la vida.

Agradecimientos

Estudio financiado por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (I.V.E.S.P.). Consejería de Sanidad. Convocatoria de ayudas a la investigación 1998 y por la Dirección General de Enseñanzas Universitarias e Investigación. Generalitat Valenciana. Convocatoria de ayudas a la investigación 2000.

Referencias

Alonso, J., Antó, J.M. y Moreno, C. (1990). Spanish Version of the Nottingham Health Profile: Translation and Preliminary Validity. *American Journal of Public Health, 80*, 704-8.

Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1994). The Spanish Version of the Nottingham Health Profile: A review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research, 3*, 385-393.

Arce, C. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Madrid: Síntesis.

Arnold, S.B. (1991). The measurement of quality of life in the frail elderly. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J. Cichowlas y D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 50-71). San Diego (CA): Academic Press, Inc.

Arrindell, W.A., Heesink, J. y Feij, J.A. (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1.700 health young adults in the Netherlans. *Personality and Individual Differences, 26*, 815-826.

Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*, 314-319.

Badia, X., Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *La medida de la salud: Guía de escalas de medición en español* (3ª ed.). Barcelona: Edimac.

Baerger, D.R. y McAdams, D.P. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry, 9*, 69-96.

Bergner, M. (1989). Quality of life, health status and clinical research. *Medical Care, 27*, 148-156.

Berkman, L.F. y Syme, S.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.

Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress; theoretical formulations. *International Journal of Health Services, 6*, 471-482.

Castro, A. y Díaz, J.F. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos. *Psicothema, 14*, 112-117.

D'Elboux, M.J. (2003). Satisfaction with life overall and with specific life domains among elderly persons with lower limb amputation. *Revista Panamericana de Salud Pública, 13*, 395-399.

Díaz, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *El ambiente: análisis psicológico* (pp. 125-148). Madrid: Ediciones Pirámide.

Díaz, J.F. y Sánchez, M.P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercibida en diferentes áreas vitales. *Psicothema, 14*, 100-105.

Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.

Diener, E. y Lucas, R.E. Personality and sujective well-being. (1999). En: D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations af hedonic psychology* (pp. 213-227). New York: Russell Sage Fundation.

Esteve, J., Batlle, E., Reig, A. y el Grupo para la adaptación del HAQ a la población española (1993). Spanish version of the health assessment

questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. *Journal of Rheumatology, 20*, 2116-2122.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J.L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

García, J.A. y Mendez-Bauer, C. (1994). Identificación del embarazo de alto riesgo. En Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Manual de asistencia al embarazo normal*. Barcelona: Fabre González.

Goottlieb, B.H. (1981). Social networks and social suport. *Studies in Community Mental Health, 4*, 304-310.

Harrington, R. y Loffredo, D.A. (2001). The relationships betwen life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs Type Inventory Dimensions. *Journal of Psychology, 135*, 439-450.

Hueston, W.J. y Kasil-Miller, S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal of Family Practice, 47*, 209-212.

Joy, R.H. (1990). *Path analytic investigation of stress-symptoms relationships: Physical and psychological symptom models*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Illinois en Urbana-Champaign.

Kafka, G.J. y Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 57*, 171-190.

Kaplan, R.M. y Anderson, J.P. (1990). The general health policy model: An integrated approach. En B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.

Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Simmens, S.J., Boyle, D.H, Verme, D., Umana, W.O., Alleyne, S. y Cruz, I. (1995a). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 5, 1826-1834.

Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Simmens, S.J., Boyle, D.H, Cruz, I. Umana, W.O., Alleyne, S. y Veis, J.H. (1995b). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology, 6*, 1418-1426.

Lewis, C.A., Shevlin, M.E., Bunting, B.P. y Joseph, S. (1995) Confirmatory factor analyisis of the Satisfaction With Life Scale: Replication and methodological refinement. *Perceptual and Motor Skills, 80*, 304-306.

Lizán, L. y Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Atención Primaria, 2*, 75-85.

Lucas, R.E., Diener, E.D. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 71*, 3616-3628.

McDowel, I. y Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2ª ed.). New York: Oxford University Press.

Mc Garrahan, J.F. (1991). *Family of the origin, antecedents of religious vocation, community experience an the life satisfaction of active and contemplative religious women*. Tesis Doctoral no publicada. Temple University.

Mor, V. y Guadagnoli, E. (1988). Quality of life measurement: A psychometric Tower of Babel. *Journal of Clinical Epidemiology, 41*, 1055-1058.

Pandierna, C., Fernández, C. y González, A. (2002). Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el QL-CA-AFEX. *Psicothema, 14*, 1-8.

Pavot, W. y Diener, E.D. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 28*, 1-20.

Pavot, W., Diener, E.D., Colvin, C.R. y Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Journal of Personality Assessment, 57*, 149-161.

Pons, D., Atienza, F.L., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Satisfaction With Life Scale: Analysis of factorial invariance for adolescentes and elderly persons. *Perceptual and Motor Skills, 91*, 62-68.

Reig, A. (2003). Quality of life. In R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment* (pp. 800-805). London: Sage.

Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. y Richart, M. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante. Consulta 25 de junio de 2003, de la World Wide Web: http://cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/89141735322300584083457/index.htm

Richart, M., Cabrero, J., Reig, A., Tosal, B. y Orts, I. (2001). Life satisfaction and health related quality of life during pregnancy and puerperium. Comunicación presentada a la *22nd International Conference Stress and Anxiety Research Society (STAR)*. Palma de Mallorca.

Richart, M., Reig A. y Cabrero J. (1999). *La calidad de vida en la vejez*. Alicante: Editorial Club Universitario.

Shevlin, M.E., Brunsden, V. y Miles, J.N.V.(1998). Satisfaction With Life Scale: Analysis of factorial invariance, meanstructures and reliability. *Personality and Individual Differences, 25*, 911-916.

Shevlin, M.E. y Bunting, B.P. (1994). Confirmatory factor analysis of the Satisfaction With Life Scale. *Perceptual and Motor Skills, 79*, 1.316-1.318.

Smith, K.W., Avis, N.E. y Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research, 8*, 447-459.

Stuifbergen, A.K., Seraphine, A. y Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Resarch, 43*, 122-129.

Testa, MA. y Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine, 334*, 835-840.

Wilson, I.B. y Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with Health-Related Quality of Life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.

Psicothema 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 456-460
www.psicothema.com

ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG
Copyright © 2004 Psicothema

Participación social en contextos virtuales

Juan Herrero, Julio Meneses*, Lourdes Valiente* y Francisco Rodríguez
Universidad de Oviedo y * Universitat Oberta de Catalunya

Este trabajo analiza el efecto de la participación presencial y virtual en el distrés psicológico (estrés y depresión) en 350 adultos usuarios de Internet. Los resultados indican que ambos tipos de participación (presencial y virtual) ejercen una influencia positiva similar en la autoestima social, lo que a su vez incide en la reducción de los niveles de estrés y depresión. Ambos tipos de participación no están relacionados. Estos resultados se han obtenido una vez controlado estadísticamente el efecto de variables demográficas (sexo, edad, número de habitantes y tiempo de residencia en la comunidad) y de uso de Internet (antigüedad en el uso de Internet y frecuencia de uso). De acuerdo con estos datos, la participación virtual en Internet podría disfrutar de un estatus similar a la participación presencial, en su relación positiva con el bienestar psicológico, lo que abre una amplia gama de posibilidades de prevención e intervención.

Online social participation. This paper analyzes the effect of community and online participation on psychological distress (stress and depression) in a sample of 350 adult Internet users. Analyses show that both community and online participation have a similar positive influence on social self-esteem, which at the same time has a negative influence on levels of stress and depression. Community and online participation are not statistically related. These results were obtained after controlling for sociodemographic (gender, age, number of inhabitants and length of time in the community) and the use of Internet (years of use of Internet and frequency of use) variables. According to our data, online participation could have the same beneficial consequences as its community counterpart, which offers a wide range of possibilities for prevention and intervention.

La capacidad de Internet para transformar las relaciones sociales ha sido un aspecto estelar de las investigaciones que han analizado el impacto esta tecnología en la vida de las personas, si bien no el único (adicciones, crimen, participación política, educación, etc.). Qué efecto ejerce la utilización de Internet en la creación, mantenimiento y potenciación de las relaciones sociales tanto virtuales (online) como presenciales (offline) y cómo ello puede estar relacionado con el bienestar psicológico de los usuarios es sin duda un prometedor campo de estudio, con una corta historia. Así, los estudios pioneros de los años 90 que pretendían vincular el uso de Internet con la actividad social offline y el bienestar psicológico proporcionaron una evidencia contradictoria. El caso más notable es el trabajo pionero de Kraut et al. (1998, 2001), quienes en 1998 encontraron que Internet favorecía el aislamiento social y el distrés, un efecto que denominaron 'la paradoja de Internet': una tecnología social de la comunicación (Internet) que promovía una devaluación del contexto social de sus usuarios, con unas consecuencias negativas para el bienestar psicológico (distrés). Tres años más tarde, sin embargo, los mismos autores reconocían que los efectos observados habían prácticamente desaparecido (Kraut et al., 2001). Su explicación se basó en que Internet, como medio, había sufrido una transformación entre los dos estudios y había madurado. 'En pocas palabras, Internet puede haberse convertido con el tiempo en un lugar más hospitalario' (p. 70) lo que explicaría los efectos positivos de Internet en la comunicación, la implicación social y el bienestar. Otras investigaciones han relacionado el uso de Internet con una mayor actividad social (Robinson y Kestnbaum, 1999) e incluso con mayores niveles de confianza hacia los demás y unas redes sociales más extensas (Cole, 2000; Hampton y Wellman, 2000; Uslander, 2001). En este sentido, existe evidencia de que las relaciones virtuales suelen convertirse en presenciales (Müller, 1999; Rheingold, 2000) siguiendo un proceso en distintas fases por el que las personas ceden parte del control que tienen en la interacción con el fin de obtener mayores grados de intimidad (McKenna, Green y Glason, 2001).

Por otra parte, la evidencia no es concluyente sobre si la vida comunitaria se enriquece cuando se incorporan nuevas tecnologías (Koku, Nazer y Wellman. 2001). Por ejemplo, los vecinos de Netville estudiados por Hampton (2001) que disponían de una conexión de alta velocidad mostraban un mayor número de vínculos vecinales que aquellos que no disponían de conexión a Internet. Sin embargo, los habitantes de BEV (Blacksburg Electronic Village) estudiados por Kavanough y Paterson (2001) que utilizaron con mayor frecuencia los recursos de Internet puestos a su disposición informaron de una menor participación en las actividades sociales de la comunidad, aunque sus niveles de integración comunitaria permanecieron constantes. No obstante, en aquellos usuarios con elevados niveles de participación comunitaria al inicio del estudio, sus niveles de participación continuaron aumentando con el uso de Internet.

Fecha recepción: 4-11-03 • Fecha aceptación: 1-3-04
Correspondencia: Juan Herrero Olaizola
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
33003 Oviedo (Spain)
E-mail: olaizola@uniovi.es

La participación en contextos virtuales y su efecto en el bienestar psicológico

Una posible limitación de este tipo de estudios es que no suelen diferenciar si el uso que se hace de esta tecnología es social o no (DiMaggio, Hargittai, Neuman y Robinson, 2001). Ya que la mera utilización de Internet no implica necesariamente una actividad social, aunque tiene sin duda consecuencias sociales, sería interesante distinguir entre el uso social de Internet (participación en foros, por ejemplo) y su uso no social (navegar, bajar canciones y películas, leer el periódico, etc.). Cuando el uso de Internet es social, y por tanto con un efecto en las relaciones sociales virtuales de los usuarios (creándolas o manteniendo las ya existentes), es previsible que su efecto en el bienestar psicológico sea positivo (Gracia, Herrero y Musitu, 2002; para una revisión del efecto positivo de las relaciones sociales en el bienestar psicológico). Alternativamente, un uso fundamentalmente no social podría fomentar las percepciones de aislamiento de los usuarios, lo cual explicaría por qué algunas investigaciones encuentran que el uso de Internet se asocia con el aislamiento social y mayores niveles de distrés (Nie y Erbring, 2000).

En cuanto al uso social de Internet y a su capacidad para promover la creación de nuevos vínculos sociales y mantener los ya existentes, la participación de los usuarios en comunidades virtuales constituye una prometedora área de investigación. Este tipo de participación tendría la ventaja de permitir crear nuevos foros de expresión en los que desarrollar vínculos con personas similares (ver Castells, 2001; para una revisión) permitiendo poner en contacto a usuarios que quizás puedan no sentirse implicados en las actividades sociales de su comunidad geográfica. Esta ventaja de las comunidades virtuales se ha vinculado con la mejora de la autoestima social y la creación de vínculos sociales de confianza (McKenna, Green y Gleason, 2001). Como han señalado Bargh, McKenna y Fitsimons (2001), estas comunidades pueden 'capacitar la expresión del self y un tipo de comportamiento que no se encuentra disponible en la propia esfera social'(p. 35). Por su parte, la relación entre la autoestima y el distrés ha sido consistentemente probada (Cohen y Syme, 1985; Ensel y Lin, 1991), por lo que aquellos usuarios implicados en actividades sociales virtuales experimentarán una mejora del bienestar psicológico, debido a una mejora en la percepción de su capacidad para crear y mantener relaciones sociales duraderas.

La participación comunitaria y virtual serían por tanto dos importantes recursos para la potenciación del bienestar psicológico, haciéndose necesario un análisis de sus relaciones mutuas así como de su capacidad para mejorar los niveles de ajuste psicológico. El presente trabajo tiene como objetivo el análisis de la influencia de la participación comunitaria presencial y virtual en el ajuste psicológico de los usuarios de Internet, un área de investigación frecuentemente desatendida y que permitiría ampliar nuestro conocimiento sobre el impacto de Internet en la salud psicológica de las personas.

Método

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en un entorno completamente virtual entre estudiantes de la Universitat Oberta de Catalunya. Se seleccionó a los alumnos de los estudios de Psicología como posibles candidatos a participar en el estudio y se envío un e-mail a cada uno de estos estudiantes recabando su participación en una investigación online sobre los efectos de Internet en el bienestar y la calidad de vida. En este e-mail se explicaban los objetivos del proyecto, y se aseguraba la confidencialidad de todos los datos recogidos en el estudio. Para facilitar la cumplimentación del cuestionario se incluía en el mensaje un enlace directo al servidor en el que este cuestionario estaba alojado, única forma además de acceder al mismo. La tasa de retorno fue del 48%: de los 728 e-mails remitidos, 350 participantes cumplimentaron sus respuestas y enviaron electrónicamente los resultados a una base datos creada a tal efecto.

Participantes

La edad de los participantes estaba comprendida entre los 19 y los 57 años (M= 33.11, D. T.= 7.01). Un 70% de los participantes eran mujeres. La mayoría estaban casados o conviviendo con pareja (55%), solteros un 38% y el resto separados (7%). Con respecto a la ocupación laboral, un 79% trabajaban a tiempo completo, un 14% a tiempo parcial, y el resto se distribuyó entre amas de casa sin trabajo remunerado (2%) y estudiantes en paro (5%). Esta distribución de la ocupación laboral es característica de la UOC ya que, debido a la flexibilidad de horarios y a la estructura no presencial de los propios estudios, gran parte de sus estudiantes cursan su segunda carrera o retoman sus estudios universitarios una vez se encuentran integrados en el mercado laboral. Este hecho explica también los ingresos medios familiares relativamente elevados de la muestra (un 35% afirmaba tener unos ingresos familiares superiores a los 30 mil euros al año). Con respecto al nivel educativo, el 24% cursaba sus primeros estudios universitarios y un 76% estudiaba su segunda carrera, de los cuales el 16% tenía estudios de doctorado o postgrado.

Se obtuvo, además, información sobre variables previsiblemente relacionadas con la participación presencial (tamaño de la población de residencia y años de residencia en la comunidad) así como con la participación virtual (antigüedad en el uso de Internet y frecuencia de uso de Internet). Gran parte de los participantes residían en el área metropolitana de Barcelona (41%), y un porcentaje considerable en poblaciones de menos de 100 mil habitantes (40%). El restante 19% residía en poblaciones entre 100 mil y 200 mil habitantes. Prácticamente la mitad de los participantes llevaban más de 20 años en la misma localidad (56%) con tan solo un 7% de participantes con menos de 1 año de residencia en su población. Respecto al uso de Internet, el 68% llevaba más de tres años utilizando Internet y prácticamente la misma proporción se conectaba todos los días (71%). Un 70% disponía de adsl o cable.

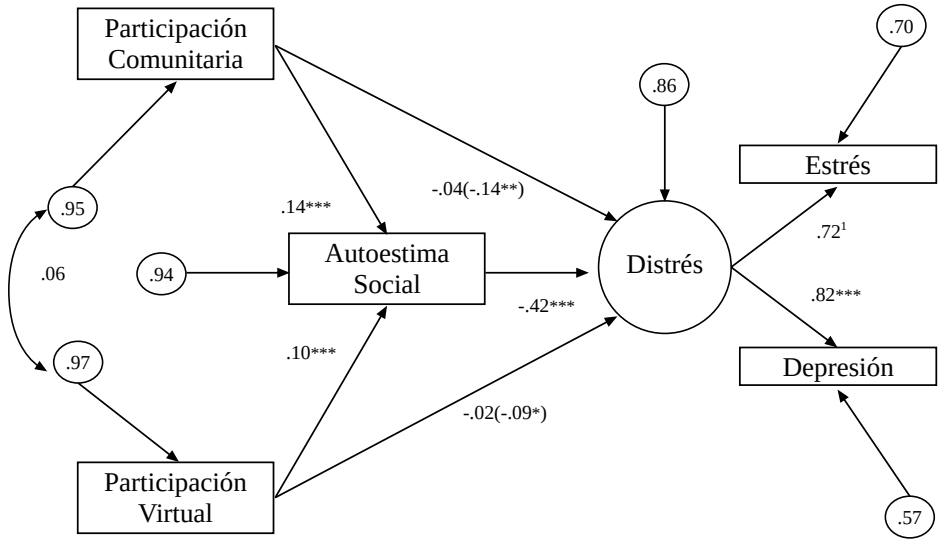
En general, los participantes del estudio eran usuarios habituales de Internet, casados o viviendo con pareja, con ingresos familiares medios-altos, con gran proporción de mujeres, una edad media en torno a los 35 años y alto nivel educativo.

Instrumentos de medida

Como el estudio se desarrolló completamente de forma no presencial y eran los propios participantes quienes tenían completo control sobre cómo, cuándo y desde dónde cumplimentar los cuestionarios, se prestó especial atención para que los instrumentos de medida fueran breves y fiables (Elosua, 2003). La mayoría de estos instrumentos ya han sido administrados de forma presencial (ver ejemplos en: Gracia et al., 2002; Gracia y Herrero, en prensa; Martínez, García y Maya, 2001), y en general las propiedades psicométricas de los mismos se mantuvieron en la aplicación virtual. En la tabla 1 se presenta la matriz de correlaciones así como las

medias y las desviaciones típicas de cada una de las variables utilizadas en esta investigación.

Participación comunitaria presencial. Se utilizó la escala de Participación Comunitaria de Gracia y Musitu (2002). Esta escala consta de 6 ítems (α=.81) y evalúa el grado en que la persona se implica en las actividades sociales de su comunidad (por ejemplo, '*colaboro con las organizaciones y asociaciones de mi comunidad*'). *Participación Comunitaria virtual*. La participación comunitaria virtual hace referencia a la participación activa en foros de discusión y webs. El índice de participación comunitaria virtual (α= .68) se elaboró a partir de 2 ítems: '*Parte del tiempo que estoy conectado lo dedico a discutir problemas y compartir mis ideas en foros y grupos de debate*' y '*Colaboro activamente en los contenidos de alguna web (cualquier temática)*'. *Autoestima Social*: Se utilizó la escala de autoestima social (α= .78) que proporciona el Cuestionario de Autoestima de Herrero y Musitu (2002) y que evalúa la percepción de la persona sobre su capacidad para crear y mantener relaciones sociales duraderas (amistad) así como su satisfacción con el conjunto de relaciones sociales que mantiene en el momento del pase del cuestionario. *Depresión*: Se utilizó una versión breve de 7 ítems del CESD (Santor y Coyne, 1997) (α= .88) que evalúa el ánimo depresivo referido a la última semana y proporciona una puntuación general de depresión. *Estrés percibido*: Se utilizó la versión breve de 4 ítems del Perceived Stress Scale –PSS– (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983) que evalúa el grado en que los participantes percibieron las situaciones del último mes como impredecibles y fuera de control (α= .91).



[1] Fijado durante la estimación

Figura 1. *La influencia de la participación presencial y virtual en el bienestar psicológico. Los coeficientes están estandarizados. Entre paréntesis los efectos totales estandarizados. * p<.05; ** p<.01; *** p<.001*

Tabla 1
Media, desviación típica y correlaciones para las variables observadas (N= 350)

Variable	M	SD	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1. Participación presencial	12.76	4.66	–										
2. Participación virtual	4.01	2.01	.03	–									
3. Autoestima social	13.59	1.97	.21**	.12*	–								
4. Estrés	9.27	2.38	-.11	-.05	-.32***	–							
5. Depresión	11.68	3.88	-.12*	-.06	-.37***	.58***	–						
6. Sexo[a]	1.30	0.46	-.07	.20**	-.01	-.06	-.12*	–					
7. Edad	33.00	6.89	.16*	.05	-.05	-.08	-.06	.15*	–				
8. Nº habitantes[b]	5.61	2.32	-.20**	.06	.02	-.06	.01	-.01	.00				
9. Años de residencia[c]	7.68	2.84	.05	.06	.05	-.07	-.09	-.05	.11	–.30***	–		
10. Antigüedad Internet[d]	5.50	0.64	-.08	.11	-.16**	.08	.09	.09	.02	.09	-.02	–	
11. Frecuencia uso Internet[e]	6.57	0.74	-.01	.07	-.09	.12*	.13*	.13*	.04	.16*	-.02	.00	–

[a]1= mujer, 2= hombre. [b]1= menos de mil habitantes, 8= más de un millón de habitantes. [c]1= menos de seis meses, 10= toda la vida.
[d]1= menos de seis meses, 6= más de tres años. [e]1= rara vez, 7= todos los días.
* *p*<.05; ** *p*<.01; ***p<.001.

Resultados

El análisis de las relaciones entre la participación comunitaria virtual y presencial, autoestima social y distrés, se estimó mediante un modelo de ecuaciones estructurales utilizando EQS (Bentler, 1995). Este modelo (ver Figura 1) mantiene que los dos tipos de participación ejercen un efecto en la autoestima y el distrés y, además, están correlacionados.

Puesto que nuestra hipótesis de trabajo mantiene que ambas formas de participación tienen una influencia similar en la autoestima y el distrés, se estimó el modelo manteniendo la igualdad de dichos paths, para lo cual se utilizaron sus puntuaciones estandarizadas. También se incluyeron en el modelo medidas demográficas (sexo, edad, nº de habitantes y años de residencia) y medidas de uso de Internet (antigüedad en el uso y frecuencia de conexión) como covariables. Este modelo ajustó bien a los datos (χ^2 = 4.67; *g.l.*= 10; *p*= .91). El análisis estadístico de las igualdades entre los paths no permitió rechazar la hipótesis nula de que efectivamente eran iguales. Esto fue así tanto para la igualdad de la influencia de la participación presencial y virtual en la autoestima (χ^2= 0.28; *gl*= 1; *p*= .60), como para la igualdad de la influencia de la participación presencial y virtual en el distrés (χ^2= 0.10; *gl*= 1; *p*= .75). En el modelo de la figura 1 entre paréntesis se presentan los efectos totales de participación presencial y virtual en el distrés. De acuerdo con este modelo, la participación presencial (β= -.14, *p*<.01) y la participación virtual (β= -.09, *p*<.05) ejercen una influencia negativa en el distrés pero no de forma directa. Esta influencia está mediada por su efecto en la autoestima social: (β= .14, *p*<.001) y (β= .10, *p*<.001) para la participación presencial y virtual, respectivamente. Ambos tipos de participación no están relacionadas (r= .06, *ns*).

Discusión y conclusiones

La capacidad de Internet para promover nuevas formas de relación social y transformar las ya existentes ha sido un tema de investigación con un indudable atractivo para los científicos sociales. El presente trabajo se ha centrado en estudiar cuál es el papel de las relaciones sociales virtuales en la autoestima social y el ajuste psicológico (distrés). Este análisis se ha realizado desde el punto de vista comunitario, incorporando medidas de participación comunitaria virtual y presencial con el objeto de estudiar la influencia de ambos contextos en la percepción del usuario para crear y mantener relaciones sociales y con ello promover el ajuste psicológico.

Los resultados apuntan a que ambas formas de participación se relacionan positivamente y con una magnitud similar con el bienestar psicológico a través de su influencia positiva en la autoestima social. No hemos encontrado una relación directa entre participación y distrés, lo que sugiere que sólo cuando la participación permite mejorar la autoestima social se produce una disminución de los niveles de distrés. Estos resultados tienen en cuenta el efecto de variables sociodemográficas (sexo, edad, años de residencia y número de habitantes de la población), y variables de uso de Internet (antigüedad en el uso y frecuencia de conexión).

Si bien la capacidad de la participación comunitaria para favorecer la creación y mantenimiento de vínculos sociales satisfactorios ha sido frecuentemente señalada (Barrón y Sánchez, 2001; Gracia et al., 2002; Larieter y Baumann, 1992; Lin, Dean y Ensel, 1986; para una revisión), los resultados de este trabajo indican que la participación en comunidades virtuales podría también ejercer una influencia similar. Además, frente a otras investigaciones que señalaban a una posible incompatibilidad entre los contextos sociales presencial y virtual (DiMagio et al., 2000, para una revisión; Kraut et al., 1998), nuestros resultados sugieren que ambas formas de participación son compatibles. Los participantes que dedican parte del tiempo de conexión a implicarse activamente en el desarrollo de actividades comunitarias virtuales (discusión en foros, colaboración en webs, etc.) no muestran una tendencia a inhibirse o asilarse de otras actividades comunitarias de su mundo social presencial. Como han señalado DiMaggio et al. (2001) esta ausencia de relación debería 'llevar [a los investigadores] a diferenciar las distintas formas de utilización de Internet así como las diferentes orientaciones de los usuarios' (p. 319). Nuestro trabajo señala que es posible un uso de Internet de corte más comunitario y que esta utilización –en términos de participación virtual– disfruta de los mismos beneficios de la participación comunitaria presencial: satisfacción con las relaciones sociales y mejora del bienestar psicológico.

En sintonía con estos resultados, la promoción de ambos tipos de participación tendría un efecto positivo en el bienestar, lo cual sitúa a la participación virtual como un recurso muy valioso para la prevención y la intervención. Un recurso con un gran potencial en tanto que facilita el contacto entre personas con dificultades de movilidad (ancianos, discapacitados, etc.) u otras personas que por sus características, intereses o convicciones pudieran ser reacias a implicarse en la vida comunitaria presencial.

Futuras investigaciones deberían profundizar tanto en los antecedentes como en las consecuencias de la participación virtual, ayudando a comprender cuándo y por qué las personas participan socialmente online de forma activa. Variables en los ámbitos personal (depresión, estrés), interpersonal (apoyo social), situacional (eventos vitales) y macrosocial (edad, género, ingresos, estudios, etc.) han probado ser consistentes predictores de la integración y la participación comunitaria presencial (Gracia y Herrero, en prensa). Sin embargo, sus efectos sobre la participación virtual están todavía por clarificar.

Por otra parte, se precisan de otras investigaciones que permitan examinar las potenciales consecuencias negativas de la participación virtual, como la ciberbalcanización y el anonimato. La ciberbalcanización (van Alstyne y Brynjolfsson, 1996) hace referencia a la tendencia de las comunidades virtuales a centrarse exclusivamente en los temas que son considerados de interés y eliminar de este modo la diversidad. Esta excesiva homogeneidad podría ejercer un efecto negativo en los usuarios, al restringir el acceso a la información divergente (y en ocasiones muy útil) y limitar las perspectivas de análisis (Wellman y Gulia, 1999), creando ciberguettos aislados. Aunque probablemente los grupos virtuales no sean tan homogéneos ni los presenciales tan heterogéneos (Lin, 2001; Lin et al., 1986; Putnam, 2002), se hace necesario un análisis del papel que la homogeneidad pueda estar jugando en las relaciones sociales online y su influencia en el bienestar psicológico.

Otra de las consecuencias negativas de la participación social online tiene que ver con la existencia de anonimato en este tipo de interacciones sociales, que puede llevar a una disminución de la probabilidad de crear vínculos basados en la reciprocidad y el compromiso, al obstaculizar los procesos de confianza y solidaridad (Putnam, 2002; para una revisión). Existe evidencia, sin embargo, de que en situaciones de anonimato las personas pueden sentirse más libres para expresar sus emociones de forma sincera

(Bargh et al., 2001), algo que conocen muy bien los grupos de autoayuda presenciales anónimos (Gracia, 1998; para una revisión). No obstante, aún se precisa de un conocimiento más exhaustivo del efecto que el anonimato en Internet pueda ejercer en las relaciones sociales online, tanto en las tasas de participación como en la potencial existencia de mensajes hostiles que minen las comunicaciones basadas en la empatía, debido fundamentalmente a la ausencia de claves sociales (sexo, edad, etnia, etc.). No obstante, como ha recordado Preece (2000), las comunidades virtuales y grupos de discusión disponen de mecanismos para desincentivar este tipo de mensajes, como las condiciones de admisión, normativas sobre el contenido de los mensajes o moderadores que filtran los mensajes agresivos o hirientes.

Finalmente, conviene señalar algunas limitaciones en nuestro estudio. Por una parte, la muestra analizada no es probabilística y por tanto las posibles generalizaciones al universo poblacional de usuarios de Internet son limitadas. Sin embargo, los controles realizados en los análisis (sexo, edad, tiempo de residencia, número de habitantes, antigüedad en el uso de Internet y frecuencia de conexión), deberían proporcionar una mayor confianza en los resultados obtenidos. Por otra parte, la naturaleza correlacional del diseño de investigación no permite aventurar relaciones causales. En este sentido, futuras investigaciones que contemplen la variable temporal podrían aportar una comprensión más clara de los fenómenos analizados.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido realizada con el apoyo del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SEC2003-03403) y Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya (2003FI0001).

Referencias

Anderson, B. y Tracy, K. (2001). Digital living: the impact (or otherwise) of the Internet on everyday life. *American Behavioral Scientist, 45*, 456-475.

Bargh, J., McKenna, K. y Fitzsimons, G. (2001). Can you see the real me? Activation and expression of the 'True Self' on the Internet. *Journal of Social Issues, 58*, 33-48.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema, 13*, 17-23

Bentler, P.M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software.

Castells, M. (2001). ¿Comunidades virtuales o sociedad red? En M. Castells, *La Galaxia Internet: Reflexiones sobre Internet, empresa y sociedad*. Madrid: Areté.

Cohen S. y Syme, S. (1985). *Social support and health*. New York: Springer.

Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.

Cole, J. (2000). *Surveying the Digital Future*. Los Angeles: UCLA Ctr. Telecommun. Policy (*www.ccp.ucla.edu*).

DiMaggio, P., Hargittai, E., Neuman, W.R. y Robinson, J.P. (2001). Social implications of the Internet. *Annual. Review of Sociology, 27*, 307-36.

Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema, 15*, 315-321.

Ensel W. y Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychosocial distress. *Journal of Health and Social Behavior, 32*, 321-341.

Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.

Gracia, E. y Herrero, J. (en prensa). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal, and situational variables. *Journal of Community and Applied Social Psychology*.

Gracia, E. y Musitu, G. (2002). Escala de Participación Comunitaria. En E. Gracia, J. Herrero y G. Musitu, *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.

Hampton, K.N. (2001). *Living the Wired Life in the Wired Suburb: Netville, Glocalization and Civic Society*. Doctoral dissertation, Department of Sociology, University of Toronto, Toronto.

Hampton, K.N. y Wellman, B. (2000). Examining community in the digital neighborhood: early results from Canada's wired suburb. En Ishida, T. e Isbister, K. (Eds.), *Digital Cities: Experiences, Technologies and Future Perspectives*, Heidelberg, Germany: Springer.

Herrero, J. y Musitu, G. (2002). Cuestionario de Autoestima AUT-17. En, E. Gracia, J. Herrero y G. Musitu, *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.

Kavanaugh, A.L. y Patterson, S.J. (2001). The impact of community computer networks on social capital and community involvement. *American Behavioral Scientist, 45*, 496-509.

Koku, E., Nazer, N. y Wellman, B. (2001). Netting scholars: online and offline. *American Behavioral Scientist, 44*, 1.752-1.774.

Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J. y Helgeson, V. (2001). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues, 58*, 49-74.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T. y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychological Association. 53*, 1.017-1.031.

Laireiter, A. y Baumann, U. (1992). Netwotk structures and support functions: theorical and empirical analysis. En H. Veiel. y U. Bauman (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Lin, N. (2001). *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. New York: Cambridge University Press.

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

Martínez , M., García, M. y Maya J.I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema, 13*, 605-610.

McKenna, K., Green, A. y Glason (2001). Relationship formation on the Internet: What's the big attraction? *Journal of Social Issues, 58*, 9-31.

Müller, C. (1999). *Networks of 'personal communities' and 'group communities' in different online communication services*. Newcastle, UK: University of Northumbria.

Nie, N.H. y Erbring, L. (2000). *Internet and society: A preliminary report* [Online]. Stanford Institute for the Quantitative Study of Society (SIQSS), Stanford University, and InterSurvey Inc. http://www.stanford.edu/group/siqss.Visitado el 18 de julio de 2001.

Preece, J. (2000). *On-line Communities: Designing Usability and Supporting Sociability*. New York: Wiley.

Putnam, R. (2002). *Solo en la bolera: Colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana*. Barcelona: Círculo de Lectores.

Rheingold, H. (2000). *The Virtual Community. Revised edition*. Cambridge, MA: MIT Press.

Robinson, J.P. y Kestnbaum, M. (1999). The personal computer, culture and other uses of free time. *Social Science Computer Review, 172*, 209-216.

Santor, D. y Coyne J. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment, 93*, 33-242.

Uslaner, E. (2001). Social Capital and the Net. *Proceedings of the ACM, 43*, 60-64.

Van Alstyne, M. y Brynjolfsson, E. (1996). Electronic Communities: Global Village or Cyberbalkans? En J. DeGross, S. Jarvenpaa, y A. Srinivasan (Eds.), *Proceedings of the 17th International Conference on Information Systems*. New York: Wiley.

Wellman, B. y Gulia, M. (1999). Net surfers don't ride alone: virtual community as community. En B. Wellman (Ed.), *Networks in the Global Village*, Boulder, CO: Westview.