



## ¿Es la sobreprotección un constructo diferente del apoyo social?

### Is overprotection a different construct of social support?

Victoria Permuy\* y Alicia Risso\*\*

\*APACAM Coruña, \*\*Universidade da Coruña

#### Resumen

El objetivo de este trabajo era contribuir a la definición del constructo sobreprotección y, más concretamente, a establecer si se puede considerar diferente o no de un simple exceso de apoyo social. Para ello, en primer lugar se procedió a traducir y adaptar dos instrumentos (OPSA y UCLA-SSI) concebidos desde distintas concepciones acerca de los mencionados constructos. Los análisis realizados en una variada muestra de 436 personas mostraron una buena fiabilidad de las puntuaciones de las versiones al español, tanto de la OPSA en sus formatos completo ( $\alpha = .82$ ) y reducido ( $\alpha = .81$ ), como en las subescalas del UCLA-SSI empleadas ( $\alpha = .88$  y  $\alpha = .90$ , para las subescalas de Necesidades de Apoyo y Apoyo Social Recibido, respectivamente). La relación entre las distintas medidas se analizó en una muestra clínica prototípica de los estudios sobre este tema: 50 pacientes que acababan de sufrir infarto de miocardio. Los resultados sugieren que la sobreprotección difiere en calidad y cantidad del apoyo social recibido, pero, sin embargo, está relacionada con las necesidades de apoyo social. Este es un hallazgo novedoso que parece indicar que los individuos más necesitados de apoyo podrían ser, de hecho, los que están siendo sobreprotegidos. Se discuten las implicaciones clínicas y educativas de los resultados obtenidos.

*Palabras clave:* sobreprotección, apoyo social, OPSA, UCLA SSI, traducción de tests.

#### Abstract

The aim of this article is to contribute to a better definition of the overprotection construct. More specifically, it aims at establishing whether or not it can be considered just an excess of social support. To do this, two instruments, OPSA and UCLA-SSI, developed from different perspectives on the issue, were translated and adapted from English into Spanish. Analysis performed on a diverse sample of 436 subjects show a good reliability of scores obtained with the Spanish versions, as much on the OPSA test ( $\alpha = .82$  with the full format and  $\alpha = .81$  with the short one) as on the two selected subscales of the UCLA-SSI test ( $\alpha = .88$  with Need/ Want Support subscale, and  $\alpha = .90$  with the Support Received subscale). The relationship among the different measurements was analyzed in a typical sample of 50 recent myocardial infarction patients, as usual in this field. Results suggest that overprotection differs both in quality and quantity from given social support, but it is however related to needed social support. This new finding seems to indicate that those individuals who are more in need of social support could indeed be the more overprotected ones. Clinical and educational implications of the results are discussed.

*Keywords:* overprotection, social support, OPSA, UCLA SSI, tests translation.

En la actualidad, el estudio de la sobreprotección ha trascendido del ámbito de los estilos educativos en la infancia y adolescencia (es decir, de la denominada *sobreprotección parental*, Caso, 2014; Parker, 1979) a otros contextos que implican a la adultez (Thompson y Sobolew-Shubin, 1993a; Hagedoorn et al., 2006). Esto sucede frecuentemente en adultos que padecen enfermedades crónicas y que son objeto de conductas sobreprotectoras por parte de sus familiares o cuidadores informales con quienes mantienen, además, otro tipo de intercambios sociales basados en el afecto y/o la provisión de ayuda o apoyo.

A pesar de que existen numerosas definiciones de sobreprotección, este constructo no ha sido bien delimitado conceptual y metodológicamente y en algunos estudios con adultos se identifica con otro más amplio que es el apoyo social. De hecho, la literatura existente en torno al tema sugiere la necesidad de mayores esfuerzos de investigación de cara a determinar hasta qué punto se trata de constructos independientes (Dunkel-Schetter y Brooks, 2009). Muestra de ello es que en algunos trabajos se define la sobreprotección como un aspecto problemático del apoyo social (por ejemplo, Cimarolli, Reinhardt y Horowitz, 2006), mientras que otros los tratan de manera independiente (por ejemplo, Jansen, Rijken, Heijmans y Boeschoten, 2010). Quienes siguen el segundo camino tienen como referente los trabajos de Thompson y Sobolew-Shubin (1993a, b), quienes ya a principios de los noventa comenzaron a abordar la sobreprotección en sí misma, considerándola equivalente a la *inducción a la dependencia* y como un constructo teóricamente delimitado e independiente, no sólo del apoyo social sino también de otros constructos afines. Concretamente, estas autoras definen la sobreprotección como “las percepciones y sensaciones que tienen las personas de estar siendo innecesariamente ayudadas o limitadas en exceso por un miembro de su familia o del entorno” (p.364), consideración que las llevó a desarrollar una escala específica para evaluarla. Esta escala, la *OPSA (Overprotection Scale for Adults)*, mostró ser válida y fiable (Thompson y Sobolew-Shubin, 1993a; Jansen, Rijken, Heijmans y Boeschoten, 2010) y puso de manifiesto que la sobreprotección va más allá de la mera cantidad y calidad de apoyo social.

Por otro lado, quienes definen la sobreprotección en términos de apoyo social asumen que éste puede ser proporcionado de diferentes formas. De ahí, ya en los noventa, se propuso un modelo capaz de dar cuenta de esas diferencias: el *modelo de los tres modos de proporcionar apoyo*: sobreprotección, implicación activa y amortiguamiento protectorio (Coyne, Ellard y Smith, 1990; Coyne y Smith, 1991, 1994). En esta misma línea, más recientemente se han llevado a cabo investigaciones en las que la sobreprotección se considera específicamente como una manera de proporcionar apoyo social (Hagedoorn et al.,

2000; Joekes, Maes y Warrens, 2007; Joekes, Van Elderen, y Schreurs, 2007).

Además existe un tercer grupo de trabajos, en los que se ha estudiado específicamente la sobreprotección, a pesar de no definirla propiamente (por ejemplo, Mathur-Marchesani, 1998; Riegel y Dracup, 1992). En este tipo de investigaciones, la sobreprotección constituiría el polo positivo del continuo *apoyo social percibido* y se produciría cuando los individuos recibiesen más apoyo del que necesitan. Consistiría en un exceso de apoyo por parte del entorno inmediato. En las investigaciones de Riegel (1991) y de Riegel y Dracup (1992), la sobreprotección fue inducida metodológicamente a partir de las puntuaciones en un cuestionario de apoyo social: el *UCLA-SSI (University of California Social Support Inventory)*. Así, de acuerdo con los resultados en dos subescalas de ese cuestionario, cualquier individuo podría clasificarse como *inadecuadamente apoyado*, *perfectamente apoyado*, o *sobreprotegido*, en función del ajuste entre sus necesidades de apoyo y el que siente que recibe.

El modo en que se aproximan los investigadores a la sobreprotección, por tanto, es una cuestión importante, ya que el hecho de considerarla como un constructo independiente del apoyo social o como una parte de él, implica encontrar efectos diferentes en el ajuste psicológico de los individuos. Cuando la sobreprotección se considera autónomamente o como un modo inadecuado de proporcionar apoyo social, hay evidencia de que podría dificultar el ajuste a diversas enfermedades, relacionándose con mayores niveles de depresión y un descenso de la autoestima (por ejemplo, Cimarolli, 2006; Cimarolli, Reinhardt y Horowitz, 2006; Thompson y Sobolew-Shubin, 1993). Dicha relación ha sido, además, recientemente documentada en el trabajo de Schiffrin et al. (2013), donde los jóvenes con padres excesivamente protectores y controladores experimentaban mayores niveles de depresión. En cambio, cuando se considera como un exceso de apoyo social, la sobreprotección pareciera favorecer el ajuste psicológico (Mathur-Marchesani, 1998; Riegel y Dracup, 1992).

Esta diferencia en los resultados podría estarse debiendo, en gran parte, al modo en que se mide la sobreprotección. Ello resulta especialmente evidente cuando se estudia en el contexto de la enfermedad crónica: mientras ciertas investigaciones encuentran que incide negativamente en la recuperación de la enfermedad, aumentando la sintomatología depresiva (Joekes, Maes y Warrens, 2007; Joekes, Van Elderen y Schreurs, 2007); Thompson y Sobolew-Shubin, 1993b), otros no han encontrado esta influencia negativa. Particularmente destacan los resultados obtenidos por Riegel (1991), Riegel y Dracup (1992) y Mathur-Marchesani (1998), en el contexto específico de la enfermedad coronaria y el denominado *invalidismo cardíaco*, en los que la sobreprotección parece estar relacionada con un mejor

ajuste a la enfermedad.

Por tanto, determinar si la sobreprotección constituye solamente un exceso de apoyo social o si es algo cualitativamente distinto de éste, resulta de importancia, tanto por las consecuencias teóricas (reducir la confusión en torno al término sobreprotección) como metodológicas (incluir cuestionarios que evalúen la sobreprotección de manera unívoca), que de ello pudieran derivarse. Asimismo, podría resultar de utilidad en el ámbito aplicado disponer de cuestionarios de evaluación válidos y fiables, tanto en el ámbito clínico como en el psicoeducativo. En este sentido, además, cabe destacar que mientras que existen numerosas acciones formativas dirigidas a cuidadores profesionales, pocas se orientan a instruir a los familiares y/o cuidadores informales en la provisión de apoyo social efectivo al paciente y en cómo no incurrir en su sobreprotección.

En base a lo anterior, este trabajo tiene como objetivo contribuir a la definición y medición del concepto de sobreprotección, así como explorar sus efectos en una población prototípica de enfermedad crónica: pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Para ello se evalúa tanto como constructo independiente como a través del apoyo social, para lo que fue necesario traducir y analizar instrumentos de los cuales no existía versión en español.

## Método

### Participantes

La muestra empleada para validar la adaptación al español de las escalas empleadas tuvo características socio-demográficas muy similares a las de las investigaciones originales. Los participantes fueron 436 personas de ambos sexos (238 mujeres y 198 varones), con edades comprendidas entre los 18 y los 63 años ( $M = 32.2$ ;  $DT = 11.97$ ), y con la siguiente distribución de ocupaciones: 18 amas de casa, 8 empresarios/as, 204 estudiantes universitarios, 64 funcionarios/servicios, 30 industriales, 16 jubilados/as, 42 parados/as, 26 profesionales liberales, y 28 profesores/as. En el estudio piloto previo habían participado 97 estudiantes universitarios, con edades comprendidas entre los 18 y los 27 años, de los cuales el 59% eran mujeres.

Para la segunda parte de la investigación, la población particular representativa de adultos con enfermedad crónica fue de individuos con un diagnóstico de infarto de miocardio agudo no complicado (IM). Para el muestreo se emplearon estrictos criterios de inclusión, además del de tener un diagnóstico primario de IM: no sufrir otra enfermedad física o mental, estar cognitivamente capacitado para dar consentimiento escrito, ser capaz de leer comprensivamente y escribir, y no tener más de 75 años (requisito que suele seguirse en este tipo de estudios debido a razones cognitivas y a la posible presencia de otras patologías). Por ello, a pesar de que durante el período en el que se recogieron los datos hubo un total de 90 ingresos

con IM, solamente 50 cumplían los criterios de inclusión y pasaron a formar parte de la muestra (no hubo ningún rechazo). El rango de edad de estos participantes era 38 a 72 años ( $M = 58.4$ ;  $DT = 0.01$ ). En su mayoría eran varones (el 90% y estaban casados (el 88%). El 60% tenía un nivel educativo inferior a Secundaria y un 16% poseía un título universitario. En cuanto a la situación laboral, el 58% estaba en activo y trabajaba a jornada completa en el momento en que les sobrevino la enfermedad, siendo la ocupación predominante la de operario (el 42%); el 16% ocupaba posiciones directivas en empresas u organizaciones.

### Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron traducidos y adaptados al español con permiso explícito de sus autores, quienes suministraron la versión original.

#### 1. Overprotection Scale for Adults (OPSA)

Para medir la sobreprotección como constructo independiente del apoyo social se empleó la *Escala de Sobreprotección para Adultos* desarrollada por Thompson y Sobolew-Shubin (1993a). Este instrumento mide la sobreprotección definida como la percepción de estar siendo ayudado en exceso, inducido a ser dependiente, apartado del estrés y de no estar siendo tratado como un adulto. Aunque pretende tener un carácter general, su ámbito de aplicación fundamental es el de adultos enfermos. Los 18 ítems de los que consta se presentan en escalas tipo Likert de cuatro puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 4 (totalmente de acuerdo). En la versión original, tanto la extensión estándar como la abreviada (8 ítems) mostraron tener una buena fiabilidad (*Alfa* de Cronbach 0,86 y 0,88, respectivamente). En cuanto a su validez, la OPSA está relacionada con una medida retrospectiva de la sobreprotección que mide las percepciones que los adultos tienen de haber sido sobreprotegidos por sus padres, el *PBI (Parental Bonding Inventory)* de Parker, Tupling y Brown (1979):  $r = .63$ ,  $p < .001$ , en una muestra de  $N=161$  (véase Thompson y Sobolew-Shubin, 1993a). Además, ha mostrado ser diferente de las medidas de cantidad y calidad del apoyo social obtenidas mediante el *SSQ (Social Support Questionnaire)* de Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983):  $r = -.12$ ,  $p > .05$ .

#### 2. University of California Los Angeles Social Support Inventory (UCLA SSI)

Para evaluar la sobreprotección como parte del continuo *apoyo social*, se empleó el instrumento desarrollado por Dunkel-Schetter, Feinstein y Call (1986). Este instrumento intenta ser un marco conceptual general que aprehenda, según los autores, todos los aspectos del apoyo social. La estructura de la escala y algunos de sus ítems se relacionan con los trabajos previos de Lazarus y Folkman (1984) y de Schaefer, Coyne y Lazarus (1981). El objetivo general del Inventario es evaluar las necesidades de apoyo, el grado en

que se necesita y se busca apoyo social, y la satisfacción de los individuos con el apoyo. En la forma original del cuestionario, cada una de estas dimensiones se evalúa para las que se consideran las tres fuentes fundamentales de apoyo para los estudiantes universitarios (población en la cual se analizaron sus propiedades psicométricas): un familiar, un/a amigo/a y la pareja. Los 70 ítems que componen la escala pueden combinarse para proporcionar 49 índices, algunos de los cuales son linealmente independientes. De ellos, siguiendo las recomendaciones de los autores, sólo deberían ser puntuados los de particular interés para las necesidades de la investigación de que se trate. De acuerdo con los objetivos del presente trabajo, se consideró pertinente emplear las subescalas necesarias para el cálculo del *Índice de Sobreprotección*: la *Subescala de necesidades de apoyo* (formada por 5 ítems) y la *Subescala de apoyo recibido* (que tiene 15 ítems).

### Procedimiento

La participación en la investigación fue totalmente voluntaria. Antes de emplear las versiones definitivas de las pruebas, se realizó una aplicación piloto de las adaptaciones al español, a partir de cuyos resultados se modificaron ligeramente algunas cuestiones. Para la primera parte del trabajo, los cuestionarios fueron aplicados de manera individual y autoadministrada. Para la segunda parte, la muestra fue reclutada en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), donde se atiende un promedio anual de 400 pacientes con infarto de miocardio agudo. En dicho hospital, al tratarse de un centro público de cobertura regional, se proporciona asistencia sanitaria a pacientes de muy diferentes características socio-demográficas. La recogida de datos tuvo lugar administrando los cuestionarios en forma de entrevista, para evitar las restricciones de los pacientes, que se encontraban en la fase de rehabilitación hospitalaria. Se siguieron todos los protocolos éticos y se contó con todos los permisos necesarios. Además, los participantes firmaron un impreso escrito de consentimiento informado. De la OPSA se empleó sólo la versión abreviada, por necesitarse menos tiempo y esfuerzo de los pacientes para su aplicación (y habiendo comprobado previamente que era prácticamente tan fiable como la completa).

### Resultados

Las puntuaciones obtenidas con la adaptación al español de la Escala de Sobreprotección para Adultos (OPSA), arrojaron un coeficiente de fiabilidad *Alfa de Cronbach* de .82 ( $N = 394$ ) para su versión estándar (18 ítems) y de .81 ( $N = 410$ ) para la versión abreviada (8 ítems). Con la versión del Inventario de Apoyo Social (UCLA SSI), los coeficientes de fiabilidad fueron de .88 ( $N = 430$ ) y .90 ( $N = 296$ ), para las subescalas de Necesidades de Apoyo (5 ítems) y de Apoyo Social Recibido (15 ítems), respectivamente. En ninguno de los casos la fiabilidad

mejoraba ni disminuía significativamente al suprimir alguno de los ítems.

Con los resultados obtenidos con la muestra clínica se analizaron nuevamente los instrumentos, prevenidos de que al ser menor la muestra la fiabilidad sería más baja. Para la versión abreviada de la OPSA se obtuvo un valor de  $\alpha = .70$ . En cuanto al UCLA SSI, para la subescala de Necesidades de Apoyo  $\alpha = .72$ , mientras que para la de Apoyo Recibido  $\alpha = .90$  (en todos los casos  $N = 50$ ). Una vez que la fiabilidad de las mencionadas subescalas podía considerarse aceptable, se procedió a establecer el valor del *Índice de sobreprotección*, que viene dado por las puntuaciones obtenidas en el denominado *Índice de Discrepancia*: resta de puntuación en Apoyo Recibido menos puntuación en Necesidades de Apoyo. Este índice general de Discrepancia permite clasificar a los individuos en tres categorías: *sobreprotegidos* (con puntuación positiva), *adecuadamente apoyados* (con puntuación de cero) o *inadecuadamente apoyados* (con puntuación negativa). Las puntuaciones positivas en el Índice de Discrepancia son las que constituyen los valores del Índice de Sobreprotección. De acuerdo con él, el 64% de la muestra clínica mostró estar sobreprotegido, en el sentido de estar recibiendo más apoyo del que efectivamente desea.

Al realizar la comparación entre las dos medidas de sobreprotección empleadas (la obtenida con la OPSA y la obtenida a través del UCLA SSI), los resultados mostraron una correlación no-significativa ( $r = -.29$ ;  $p = .112$ ;  $n = 32$ ). Este dato se repite en toda la muestra ( $n = 50$ ) al incluir las tres categorías de Discrepancia. No obstante, al correlacionar por separado cada una de las subescalas necesarias para calcular el *Índice de Sobreprotección* del UCLA SSI con la OPSA, se encontró que mientras la subescala de Apoyo Social Recibido no se relaciona significativamente con ella ( $r = -.057$ ;  $p = .712$ ), la de Necesidades de Apoyo sí lo hace ( $r = .30$ ;  $p = .040$ ).

Por otro lado, en los modelos de regresión múltiple en los que figuraban como variables predictoras diferentes aspectos del apoyo y de la red social, además de las medidas de sobreprotección, la OPSA se perfiló como uno de los predictores de la variable depresión (explicando el modelo en su conjunto un 37% de la varianza) y como único predictor de la calidad de vida (explicando por sí sola el 12% de la varianza de esta variable). En cambio, la sobreprotección evaluada a través del índice obtenido con el UCLA SSI no apareció como variable predictora en ninguno de los modelos.

### Discusión

La primera parte de la investigación tenía como objetivo traducir y adaptar dos instrumentos de evaluación de la sobreprotección (OPSA y UCLA) y conocer sus propiedades psicométricas más relevantes. Ambos obtuvieron fiabilidades que pueden considerarse no sólo altas sino incluso elevadas por lo que de los resultados

obtenidos puede extraerse que las adaptaciones al español realizadas pueden emplearse en ulterior investigación. Además, la versión abreviada de la Escala de Sobreprotección para Adultos, al ser casi tan fiable como la larga, se ha perfilado como el formato recomendado para emplear en poblaciones clínicas, en aquellas en las que haya que evitar la fatiga de los participantes, o como *screening*.

En la segunda parte el objetivo era explorar las diferencias entre la sobreprotección conceptualizada como un constructo independiente o como parte del apoyo social. Aunque por el tipo de población objeto de interés la muestra estuvo formada por sólo 50 personas, sus características son consistentes con una serie de estudios epidemiológicos en los que se emplearon muestras significativamente mayores (véase, por ejemplo, Abreu, Arenas, Rojas, Rodríguez y Rodríguez, 2003); Jiménez et al., 1999; y Marrugat, Elosúa y Martí, 2002). Los coeficientes de fiabilidad obtenidos aquí pueden considerarse satisfactorios, dado el tamaño de la muestra y el reducido número de ítems de la versión abreviada de la OPSA y de una de las subescalas del UCLA SSI.

En cuanto a las dos puntuaciones en sobreprotección obtenidas con ambos instrumentos, una primera conclusión que se puede extraer es que no están relacionadas, lo que sugiere que las escalas no miden lo mismo, aunque utilicen el mismo término para designar la variable medida. Por ello, puede decirse que la sobreprotección considerada como un constructo único no se relaciona significativamente con la sobreprotección definida por su vinculación con el apoyo social. Parece claro, tanto por los resultados de este trabajo como por los obtenidos previamente por las autoras de la OPSA (Thompson y Sobolew-Shubin, 1993a), que la sobreprotección evaluada mediante esta escala es diferente de la calidad y cantidad de apoyo social recibido. Sin embargo, su relación directa con las necesidades de apoyo no había sido investigada. En este sentido, los resultados aquí presentados sugieren que la sobreprotección es independiente del apoyo social, mientras que parece no serlo de las necesidades que las personas tienen de éste. Así, las necesidades de apoyo social han mostrado estar relacionadas con la sobreprotección que los individuos reciben de su entorno. Esto resulta novedoso en lo que respecta al estudio de la sobreprotección e introduce una diferencia o matiz en lo referente a sus relaciones con el apoyo social. Una posible explicación podría estar en que las autoras de la OPSA relacionaron las puntuaciones de esa escala con las del SSQ (Sarason et al., 1983), pero aunque este último cuestionario incluye la cantidad y calidad del apoyo social recibido (concretamente, cantidad de apoyo y satisfacción con este apoyo), no tiene en cuenta las necesidades de apoyo de los individuos de una manera explícita, como sucede en el UCLA SSI, con el cual se han relacionado en la presente

investigación.

En cualquier caso, no resulta descabellado pensar que los individuos sobreprotegidos sean, de hecho, los que necesiten más apoyo social, pero eso es algo que sólo la investigación futura podrá esclarecer, y apuntamos la necesidad de más investigación de carácter longitudinal que permita determinarlo.

De manera general, es posible concluir que la OPSA ha mostrado ser un instrumento que aporta información única acerca de la sobreprotección. Por lo que se refiere a su relación con variables de salud, los resultados iniciales sugieren que resulta eficaz para predecir cambios en dos de las más importantes variables dependientes en situaciones de enfermedad crónica: depresión y calidad de vida. Así, por un lado, aparece como el predictor más importante para la depresión, explicando un significativo porcentaje de varianza, e indicando que puntuaciones más altas en sobreprotección se relacionan con puntuaciones más altas en depresión. Por otro lado, en este trabajo la sobreprotección se perfiló como el único predictor para la variable calidad de vida, mostrando que cuanto mayor es peores son los indicadores de dicha calidad.

Respecto al UCLA SSI, a pesar de que la información que permite obtener acerca de la sobreprotección no parece relacionarse con variables de salud como ansiedad, depresión y calidad de vida, lo que sí es cierto es que las subescalas de Necesidades de Apoyo y de Apoyo social recibido ofrecen información importante respecto al apoyo social, siempre que se empleen para evaluar aspectos del mismo y no sobreprotección, dado que ésta parece ser algo distinto del “exceso de apoyo social” al que algunos autores han dado el mismo nombre. Sin embargo, que no parezca aconsejable para medir la sobreprotección no significa que el Inventario no sea válido para la evaluación del apoyo social.

A través del presente trabajo, puede extraerse la conclusión de que se ha dado con un instrumento corto, fácil de aplicar, fiable, con validez convergente y discriminante, y que evalúa única y exclusivamente la sobreprotección: la versión española de la OPSA o *Escala de Sobreprotección para Adultos*. Este instrumento, además, podría tener una utilidad clínica inmediata, que sería identificar a los pacientes que pudieran estar siendo objeto de sobreprotección. Tal identificación permitiría, por un lado, intervenir sobre las redes de apoyo potencialmente sobreprotectoras para mejorar los niveles de depresión y calidad de vida y, por otro, facilitaría la intervención sobre los propios individuos sobreprotegidos para minimizar los efectos negativos de la sobreprotección. En definitiva, la versión española de la OPSA que se da a conocer a través de este trabajo, podría ayudar a los profesionales de la salud a detectar la sobreprotección para así tratar de romper su círculo y paliar sus consecuencias negativas.

## Referencias

- Abreu, A., Arenas, J., Rojas, M. J., Rodríguez, M., y Rodríguez, J. B. (2003). Calidad de vida de los pacientes post-infarto de miocardio. Diferencias según la edad. *Revista Internacional para el cuidado del paciente clínico*, 3, 29-39. [http://tempusvitalis.es/TV\\_files/2003\\_vol3num2/2original32.pdf](http://tempusvitalis.es/TV_files/2003_vol3num2/2original32.pdf)
- Cimarolli, V. R. (2006). Perceived overprotection and distress in adults with vision impairment. *Rehabilitation Psychology*, 51, 338-345. <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.51.4.338>
- Cimarolli, V. R., Reinhardt, J. P., & Horowitz, A. (2006). Perceived overprotection: Support gone bad? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61, S18-S23. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.1.S18>
- Coyne J. C., Ellard, J. H., y Smith D. A. F. (1990). Social support, interdependence and the dilemmas of helping. En B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 129-240). New York: Wiley.
- Coyne J. C., y Smith D. A. F. (1991). Couples coping with myocardial infarction. A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 404-412. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.404>
- Coyne J. C., y Smith D. A. F. (1994). Couples coping with myocardial infarction. A contextual perspective on patient self-efficacy. *Journal of Family Psychology*, 8, 43-54. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.8.1.43>
- Dunkel Schetter, C. & Brooks, K. (2009). The nature of social support. In H. T. Reis and S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships*. Thousand Oaks, Ca: Sage. Disponible en: <http://health.psych.ucla.edu/CDS/pubs/2009%20Dunkel%20Schetter%20Brooks%20Nature%20of%20Social%20Support.pdf>
- Dunkel-Schetter C., Feinstein L., & Call, J. (1986). *UCLA Social Support Inventory*. Los Angeles, California. Disponible en: <http://health.psych.ucla.edu/CDS/files/UCLA%20SSI%201986.doc>
- Caso, M. E. (2014). La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. *Psicología y salud*, 16, 33-39. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/790/1432>
- Hagedoorn, M., Keers, J. C., Links, T. P., Bouma, J., Ter Maaten, J. C., & Sanderman, R. (2006). Improving self-management in insulin-treated adults participating in diabetes education. The role of overprotection by the partner. *Diabetic Medicine*, 23, 271-277. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01794.x>
- Hagedoorn M., Kuijter R. G., Buunk B. P., De Jong G. M., Wobbes T. y Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it the most? *Health Psychology*, 19, 274-282. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.3.274>
- Jansen, D., Rijken, M., Heijmans, M. & Boeschoten, E. W. (2010). Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: The importance of illness and treatment perceptions. *Psychology & Health*, 25, 733-749. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440902853215>
- Jiménez, M., Gómez, C., Sáenz, C., del Campo, S., Lacasa, J. L. & Pombo, M. (1999). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52, 467-474. <http://www.revespcardiol.org/es/calidad-vida-apoyo-social-pacientes/articulo/128/>
- Joekes, K., Maes, S., & Warrens, M. (2007). Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 12, 473-489. <http://dx.doi.org/10.1348/135910706X118585>
- Joekes, K., Van Elderen, T., & Schreurs, K. (2007). Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 12, 4-16. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105306069096>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mathur-Marchesani, A. R. (1998). The effects of social support and overprotectiveness on the perception of illness and psychosocial recovery of cardiac rehabilitation patients. Washington, D.C.: George Washington University.
- Marrugat, J., Elosúa, R., Martí, H. (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Revista Española de Cardiología*, 55, 337-346. <http://www.revespcardiol.org/es/epidemiologia-cardiopatia-isquemica-espana-estimacion/articulo/13029694/>
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety levels in a non-clinical group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, 260-264. <http://dx.doi.org/10.3109/00048677909159146>
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Riegel, B. J. (1991). *Social support and cardiac invalidism following acute myocardial infarction*. (Tesis doctoral, University of California, Los Angeles, 1991, 329 pp.). University Microfilms International, Ref: 9128798.
- Riegel, B. J. y Dracup, K. A. (1992). Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction? *Heart and Lung*, 21, 529-535.
- Riegel, B. J. (1993). Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction. *Coronary Artery Disease*, 4, 215-220.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. y Sarason B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 123-139. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.123>

- psychology*, 44, 127-139. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., y Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00846149>
- Schiffirin, H. H., Liss, M., Miles-McLean, H., Geary, K. A., Erchull, M. J., & Tashner, T. (2013). Helping or hovering? The effects of helicopter parenting on college students' well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 548-557. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9716-3>
- Thompson, S. C. y Sobolew-Shubin, A. (1993a). Perceptions of overprotection in ill adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 85-97. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01053.x>
- Thompson, S. C. y Sobolew-Shubin, A. (1993b). Overprotective Relationships: A nonsupportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 363-383. [http://dx.doi.org/10.1207/s15324834basp1403\\_8](http://dx.doi.org/10.1207/s15324834basp1403_8)

Fecha de recepción: 16 de enero de 2014.  
Recepción revisión: 26 de marzo de 2014.  
Fecha de aceptación: 28 de marzo de 2014.

## APÉNDICES

### I. CUESTIONARIO DE SOBREPROTECCIÓN PARA ADULTOS

(Adaptación al español de: *Over Protective Scale for Adults*, Thompson y Sobolew-Shubin, 1993)

A continuación le presentamos una serie de enunciados. Por favor, indique en qué medida el contenido expresado en ellos se corresponde con su situación actual. Rodee con un círculo o marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación. [Cada cuestión se acompaña, a la derecha, de los números 1 a 4.]

| En absoluto | Un poco | Bastante | Mucho |
|-------------|---------|----------|-------|
| 1           | 2       | 3        | 4     |

- 1 Las personas que me rodean me hacen sentir que soy capaz de hacer cualquier cosa que me proponga
- 2 Las personas que me rodean no me dejan hacer cosas que yo mismo/a podría hacer
- 3 Las personas que me rodean sienten que yo necesito que me protejan
- 4 Las personas que me rodean piensan que soy capaz de hacer cosas de las que yo no estoy seguro/a
- 5 Las personas que me rodean me instan a tener una vida social
- 6 Si la gente me dejase, podría hacer más por mí mismo/a de lo que hago ahora
- 7 Los demás toman decisiones por mí, en lugar de dejar que las tome por mí mismo/a
- 8 En ocasiones, los que me rodean me tratan como si fuese un niño pequeño
- 9 Me tratan como un adulto responsable
- 10 Los demás piensan que no puedo cuidar de mí mismo/a
- 11 Siento que otras personas tratan de ayudarme demasiado
- 12 Muchas de las responsabilidades que una vez fueron mías, han sido innecesariamente asumidas por otras personas
- 13 A veces siento que otras personas tratan de controlar cada cosa que hago
- 14 Las personas que me rodean me protegen demasiado
- 15 Las personas que me rodean quieren que dependa de ellas
- 16 Las personas que me rodean no me dicen las cosas que creen que podrían preocuparme
- 17 Las personas que me rodean evitan que haga cosas que puedan frustrarme
- 18 Las personas que me rodean no permiten que me visite la gente que pudiera molestarme

*Nota:* Los ítems cuyo número aparece sombreado configuran la versión abreviada.

## II. INVENTARIO DE APOYO SOCIAL

(Adaptación al español de: *University of California Los Angeles Social Support Inventory*, Dunkel-Schetter, Feinstein & Call, 1986)

Este cuestionario centra su interés en puntos básicos de las relaciones interpersonales y su dinámica. Nos interesaría conocer algunos aspectos del apoyo que usted da y recibe en dichas relaciones.

Por favor, elija a uno de sus parientes que no sea su pareja (preferiblemente el familiar al que usted se encuentre más unido/a). (Si no tuviese parientes, por favor, elija a otro adulto que tenga importancia en su vida.)

1.1. Indique el grado de parentesco de la persona a quien ha elegido \_\_\_\_\_

1.2. ¿Vive usted con esa persona? Sí  1 No  2

1.3. Desde que padeció el infarto, ¿con qué frecuencia ha hablado con esa persona, en persona o por teléfono?

|                         |                          |   |
|-------------------------|--------------------------|---|
| Cada día                | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Varias veces por semana | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Una vez a la semana     | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Dos o tres veces al mes | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Una vez al mes          | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 6 |

CUANDO A LO LARGO DEL CUESTIONARIO SE HAGA REFERENCIA A “FAMILIAR”, RESPONDA SÓLO CON RESPECTO A ESTA PERSONA

Por favor, ahora piense en un amigo o amiga íntimo/a, con quien no tenga una relación sentimental (no escoja un pariente).

2.1. ¿Cuáles son las iniciales de su amigo o amiga? \_\_\_\_\_

2.2. ¿Esa persona es de su mismo sexo? Sí  1 No  2

2.3. ¿Qué edad tiene esa persona, aproximadamente? \_\_\_\_\_ años

2.4. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha hablado con su amigo o amiga, en persona o por teléfono?

|                         |                          |   |
|-------------------------|--------------------------|---|
| Cada día                | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Varias veces por semana | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Una vez a la semana     | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Dos o tres veces al mes | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Una vez al mes          | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 6 |

CUANDO A LO LARGO DEL CUESTIONARIO SE HAGA REFERENCIA A “AMIGO/A”, RESPONDA SÓLO CON RESPECTO A ESTA PERSONA

3.1. ¿Actualmente tiene una relación sentimental duradera? (desde hace, como mínimo, tres meses). Sí  1 No  2

3.2. ¿Cuánto tiempo llevan juntos su pareja y usted? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

3.3. ¿A cuál de estas descripciones se adecua más su tipo de relación?

|                              |                          |   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| Casados o conviviendo        | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Comprometidos                | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sólo salimos juntos          | <input type="checkbox"/> | 3 |
| No es una relación muy seria | <input type="checkbox"/> | 4 |

¿Cuáles son las iniciales de su pareja? \_\_\_\_\_

CUANDO A LO LARGO DEL CUESTIONARIO SE HAGA REFERENCIA A "PAREJA", RESPONDA SOLAMENTE EN REFERENCIA A ESA PERSONA

Conteste ahora, por favor, a las siguientes cuestiones con un número del 1 al 5, teniendo en cuenta que el 1 significa "nunca" y el 5 "muy a menudo". [Cada cuestión se acompaña, a la derecha, de los números 1 a 5]

- 1 En determinados momentos, queremos sentir que los demás nos quieren y que somos importantes para ellos. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia ha deseado sentirse querido e importante para otras personas?
- 2 En determinados momentos, queremos sentir que somos buenas personas y que los demás piensan cosas buenas de nosotros. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia desea sentir respeto, aprobación y/o aceptación de los demás?
- 3 En determinados momentos, queremos ánimos y consuelo para ayudarnos a hacer frente a determinadas situaciones. Por ejemplo, cuando estamos disgustados o desanimados en general. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia desea que le den ánimos o lo/a consuelen?
- 4 En determinados momentos, queremos que alguien escuche nuestras preocupaciones y cómo nos sentimos. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia desea que alguien escuche sus preocupaciones?
- 5 En determinados momentos, queremos que los demás hagan algo más que simplemente escucharnos. Queremos que se pongan en nuestro lugar e intenten comprender cómo nos sentimos realmente. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia ha deseado que las personas importantes para usted se pongan en su lugar y entiendan verdaderamente su situación y/o lo que le ha sucedido?
- 6 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, su pareja, familiares y amigos le han expresado su cariño y lo importante que usted es para ellos? ( independientemente de que usted quisiese que lo hicieran)
  - a ¿Con qué frecuencia su pareja le ha expresado su cariño y lo importante que es usted para él/ella?
  - b ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su mejor amigo/ a?
  - c ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su familiar más cercano?
- 7 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, su pareja, familiares y amigos le han expresado respeto, aprobación y o aceptación? (independientemente de que usted quisiese que lo hicieran)
  - a ¿Con qué frecuencia su pareja le ha expresado su respeto, aprobación y /o aceptación?
  - b ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su mejor amigo/ a?
  - c ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su familiar más cercano?
- 8 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, su pareja, familiares y amigos han tratado de animarlo/a o consolarlo/a? (independientemente de que usted se mostrase triste o preocupado/a)
  - a ¿Con qué frecuencia su pareja ha tratado de animarlo/a o consolarlo/a, durante el último mes (independientemente de que usted desease que lo hiciera)?
  - b ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su mejor amigo/ a?
  - c ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su familiar más cercano?
- 9 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, su pareja, familiares y amigos lo/a han escuchado? ( independientemente de que usted quisiese que lo hicieran)
  - a ¿Con qué frecuencia lo/a ha escuchado su pareja durante este período?
  - b ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su mejor amigo/ a?
  - c ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su familiar más cercano?
- 10 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, usted nota que su pareja, familiares y amigos entienden cómo se siente, se ponen en su lugar o empalizan con usted?
  - a ¿Con qué frecuencia nota que su pareja entiende cómo se siente usted desde que tuvo el infarto?
  - b ¿Con qué frecuencia nota que su mejor amigo/a entiende cómo se siente usted desde que tuvo el infarto?
  - c ¿Con qué frecuencia nota que su familiar más cercano entiende cómo se siente usted desde que tuvo el infarto?

- 11 En determinados momentos necesitamos que las personas de nuestro alrededor nos ayuden con cosas pequeñas, por ejemplo: que nos ayuden con alguna tarea doméstica o que nos acompañen a dar una vuelta, por ejemplo. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia ha deseado que lo/a ayuden en pequeñas cosas?
- 12 En determinados momentos, necesitamos que las personas de nuestro alrededor nos ayuden con cosas mayores, por ejemplo: que nos ayuden con tareas o cosas que exigen esfuerzo o que resultan costosas. Desde que le dio el infarto: ¿con qué frecuencia ha deseado que lo/a ayuden en cosas importantes?
- 13 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, su pareja, familiares y amigos le han ofrecido una pequeña ayuda extra porque consideraban que usted estaba enfermo/a? (independientemente de que usted desease esa ayuda)
  - a ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su pareja?
  - b ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su mejor amigo/ a?
  - c ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su familiar más cercano?
- 14 ¿Con qué frecuencia, desde que tuvo el infarto, su pareja, familiares y amigos le han ofrecido gran ayuda extra porque consideraban que usted estaba enfermo? (independientemente de que usted desease esa ayuda)
  - a ¿Con qué frecuencia su pareja le ha prestado gran ayuda extra?
  - b ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su mejor amigo/ a?
  - c ¿Con qué frecuencia lo ha hecho su familiar / familiar más cercano?

### **SATISFACCIÓN CON EL APOYO RECIBIDO**

Por favor, conteste a las siguientes cuestiones con un número del 1 al 7, teniendo en cuenta que el 1 significa que está “muy insatisfecho/a” y el 7 “muy satisfecho”. [Cada cuestión se acompaña, a la derecha, de los números 1 a 7]

- 1 En general, ¿en qué medida se ha sentido satisfecho/a o insatisfecho/a con el cariño y preocupación recibida de los demás desde que sufrió el IM?
- 2 En general, ¿en qué medida se ha sentido satisfecho/a o insatisfecho/a con el respeto, la aprobación y la aceptación recibida de los demás desde que sufrió el IM?
- 3 En general, ¿en qué medida se ha sentido satisfecho/a o insatisfecho/a con el ánimo y consuelo recibido de los demás desde que sufrió el IM?
- 4 En general, ¿en qué medida se ha sentido satisfecho/a o insatisfecho/a con el grado en que los demás lo/a han escuchado, mostrado comprensión y empatía, desde que sufrió el IM?
- 5 En general, ¿en qué medida se ha sentido satisfecho/a o insatisfecho/a con la ayuda, grande o pequeña, recibida de los demás desde que sufrió el IM?